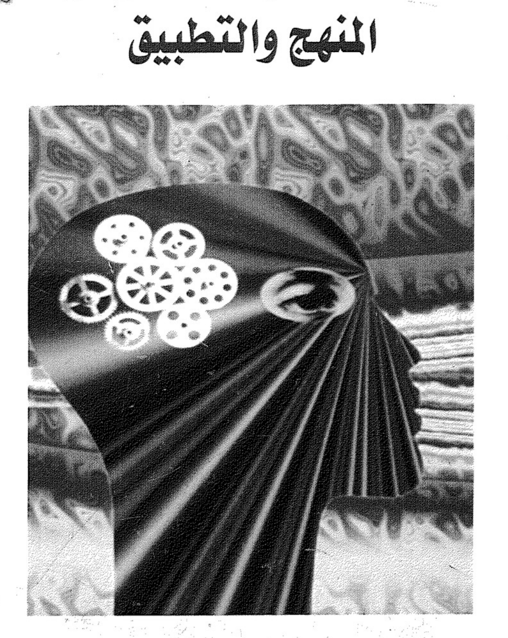
إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

سلسلة علم النفس التطبيقي

علم النفس الإكلينيكي

المنهج والتطبيق



د/ إلهام عبد الرحمن خليل

قسم علم النفس - كلية الآداب
جامعة المنوفية

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

علم النفس الإكلينيكي

المنهج و التطبيق

دكتورة / إلهام عبد الرحمن خليل

قسم علم النفس، كلية الآداب

جامعة المنوفية

٢٠٠٤

رقم الإيداع

٢٠٠٤/١٨٦١

الترقيم الدولى I.S.B.N.

977-383-002-0

الطبعة الأولى ٢٠٠٤

ايتـــراك للنشـــر والتـــوزيع

طريق غرب مطار ألماظة عمارة (١٢) شقة (٢) ص.ب : ٥٦٦٢

هليوبوليس غرب – مصر الجديدة

القاهرة ت : ٤١٧٢٧٤٩ فاكس : ٤١٧٢٧٤٩

بسم الله الرحمن الرحيم

(ونَفسٍ ومَا سَوَّاها، فَألهَمَهَا فُجُورَها وتَقوَاها، قد أَفلَحَ مَن زَكَّاها، وقَد خَابَ مَن دَسَّاها)

(الشمس: ٧-١٠)

تقديم

ظهرت فكرة هذا الكتاب منذ أن بدأت بتدريس مقرر علم النفس الإكلينيكي لطلاب مرحلتي الليسانس والدراسات العليا، فبالرغم من أن المكتبة العربية بها العديد من المؤلفات في هذا المجال إلا أنها تفتقر بعض الموضوعات كما أن البعض الأخر يحتاج إلى تنقيح ومحاولة مواكبته مع الدراسات الحديثة في المجال. ويعتبر هذا الكتاب غير شامل لمعظم موضوعات علم النفس الإكلينيكي ولكنه هو محاولة متواضعة لعمل قدر من التكامل مع كتب علم النفس الإكلينيكي المطروحة باللغة العربية والمتاحة للقارئ العربي المتخصص.

يركز الكتاب الحالي – كما هو الحال في معظم كتب علم النفس الإكلينيكي – على شقي هذا الفرع من علم النفس وهما التشخيص والعلاج، ولكن في محاولة لعرض بعض الأفكار والدراسات التي لم تعرض بقدر من التفصيل في تلك الكتب .

وينطوي هذا الكتاب على ثلاثة أقسام. يتناول القسم الأول ثلاثة فصول، ركز الأول منها على تعريف علم النفس وتطوراته التاريخية والتصنيف التشخيصي الرابع لجمعية الطب النفسي الأمريكية للأمراض النفسية والعقلية DSM IV. ويتعرض الفصل الثاني لمناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي ويعرض بقدر من التفصيل للتصميمات التجريبية للحالة الفردية والتي لم تطرح للمتخصص العربي – على حد علم الكاتبة – في أي من كتب علم النفس الإكلينيكي ولكن وردت بعض الإشارات لها في كتب مناهج البحث بدون تفصيل بينما يختص الفصل الثالث لعملية التشخيص.

يتعرض القسم الثاني إلى العلاج النفسي حيث يتناول الفصل الرابع العلاج بالتحليل النفسي ثم يفرد ثلاثة فصول – من الخامس إلى السابع – عن أساليب العلاج النفسي باستخدام الفنون المختلفة ومدي فعاليته في علاج أو تخفيف شدة الأعراض المرضية، وهذا الأسلوب العلاجي لم يطرح بالتفصيل في الكتب العربية.

ويركز القسم الثالث على العلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي، حيث يشتمل على أربعة فصول؛ تعرض الفصل الثامن لتعريف وتاريخ العلاج السلوكي ثم الفصلين التاسع والعاشر تناولا تطبيقات نظريات التعلم المختلفة في مجال العلاج السلوكي بتكنيكاته المتنوعة. وقد تعرض الفصل الحادي عشر والأخير إلى بعض من أساليب العلاج السلوكي المعرفي مع عرض للأسس النظرية لها.

أتمنى أن يكون هذا الكتاب إسهاما جيداً في مجال علم النفس الإكلينيكي، ومفيدا للباحثين والمتخصصين فيه، وأن يكون بداية لإسهامات أخرى في مجال علم النفس.

والله الموفق..

دكتورة/ إلهام خليل

أكتوبر ٢٠٠٣

الفصل الأول

علم النفس الإكلينيكي: تعريفه، التطورات التاريخية، التصنيف التشخيصي

تعريف علم النفس الإكلينيكي:-

اقتصر مفهوم علم النفس الإكلينيكي على عمليات التشخيص والتقدير للوظائف العقلية طوال النصف الأول من القرن العشرين. وهذا ما اتضح من تعريف جمعية علم النفس الأمريكية عام ١٩٣٥ (في ابراهيم، ١٩٨٨) " يهدف علم النفس الإكلينيكي لتعريف الإمكانيات السلوكية والخصائص السلوكية للفرد من خلال مناهج القياس والتحليل والملاحظة، وإلى التكامل بين المعلومات المتجمعة من هذه المصادر بغيرها من المعلومات المتجمعة عن الفرد باستخدام الفحوص الطبية والتاريخ الاجتماعي بحيث يدلى باقتراحاته وتوصياته من أجل توافق ناجح للفرد".

بينما يعنى علم النفس الإكلينيكي الآن قاموسياً- بأنه ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول المعرفة والمزاولات السيكولوجية المستخدمة في مساعدة العميل الذي لديه اضطراب سلوكي أو عقلي ما حتى يصل إلى توافق أفضل وتعبير عن الذات أحسن، ويدخل فيه التدريب والمران الفعلي على التشخيص والعلاج والوقاية. (دسوقي: ١٩٨٨، ٢٥٣)

ونظرا لأن المجال الآن ليس بصدد عرض التطور التاريخي لمفهوم علم النفس الإكلينيكي فانه يمكن الاكتفاء بالتعريف الذي عرضه سويف (١٩٨٥) رائد علم النفس الإكلينيكي في مصر والوطن العربي بأنه أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث. وهو يعتمد إلى حد كبير على الإفادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس الأخرى الأساسية منها والتطبيقية بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية المقدمة للمرضى النفسيين والعقليين في مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل وتدابير الوقاية.

ويعتبر التعريف السابق تعريفاً شاملاً، فيشير إلى أن الهدف الأساسي لعلم النفس الإكلينيكي هدفاً تطبيقياً -هذا لا يعنى إلغاء الهدف بإجراء بحوث أساسية - وهو تحصيل الفائدة العملية في ميدان الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية كما أنه يؤكد على تطبيقه للنظريات والمعلومات والمهارات التي يمكن اكتسابها من دراسة جميع فروع علم النفس الحديث (و هذا ما سيوضح تفصيلا عند عرض الأسس النظرية لأساليب العلاج النفسي والسلوكي المختلفة والتكتيكات الخاصة بها). كما أنه يؤكد على أنه يتضمن كل من التشخيص والعلاج والوقاية وليس التشخيص فقط.

كما أن التعريف السابق يوجه النظر نحو طبيعة النشاطات التي تؤول إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي والتي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- المساهمة في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية أو بالأحرى التقييم النفسي للحالة المرضية من خلال الاختبارات المقننة والمقابلة الشخصية والملاحظة، وليس المقصود بالتشخيص هنا هو وضع المريض تحت فئة مرضية، بل هو عملية تقييم شاملة للشخصية لمعرفة العوامل التي أدت للمرض ومصدرة وظيفياً أم عضوياً- ومساره.

استخدام الأساليب العلاجية المناسبة والتي تختلف تبعاً لانتمائها لأطر نظرية مختلفة مثل: التحليل النفسي، نظريات التعلم، النظريات الإنسانية، والنظريات المعرفية.

القيام ببحوث ذات طابع إكلينيكي بهدف الوصول إلى:- الطبيعة البيولوجية للاضطرابات (و تجرى على الحيوانات)، التحقق من الفروق في طبيعة الأعراض المرضية في فئاتها المختلفة، دراسة أسباب الاضطرابات النفسية والعقلية، المقارنة بين فعالية الأشكال العلاجية المختلفة، والكشف عن المحكات التي بها يمكن الحكم على إمكانية شفاء المريض.

تقديم الاستشارة الإكلينيكية والتي قد تهدف إلى تحسين النظم العلاجية في مؤسسة ما، أو تقديم النصح إلى العاملين الآخرين الأقل تدريباً بخصوص المناهج العلاجية التي تصلح للمريض.(إبراهيم، ١٩٨٨).

يلعب دوراً أكثر فعالية بالنسبة للوقاية بمستوياتها الثلاثة، حيث يكون عليه عبء تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية حتى تصبح الإصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما يكون وهذا هو المستوي الأول. بينما يكون دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي على المستوى الوقائي الثاني هو اكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للمرض النفسي، وأيضاً المستوى الثالث وهو توقى الانتكاس والحيلولة دون إزمان المرض. (درويش، ١٩٨٥).

التطورات التاريخية التي أدت إلى علم النفس الإكلينيكي:-

توضح الفقرات السابقة تعريف علم النفس الإكلينيكي ومن ثمّ دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي، إلا أن هذا التعريف وهذا الدور لم يتم الوصول إليهما فجأة ولكن مرا بتطورات تاريخية أدت إلى بلورة علم النفس الإكلينيكي كما بصورته الحالية. وسيعرض في الفقرات التالية أهم النقاط التاريخية التي كان لها فعاليتها في تكوين جسد علم النفس الإكلينيكي.

يلاحظ وجود إشارات فى فكر القدماء المصريون، حيث كان الصرع هو النوع المعروف من الأمراض العقلية وكان يطلق عليه اسم المرض المقدس إلا أن أبقراط إستبصر أنه ككل الأمراض ينشأ من سبب طبيعي وليس مقدساً. وقد تحول معبد أمحو تب (أبو الطب فى مصر وقد عاش حوالي عام ٢٨٥٠ ق. م.) في مدينة "منف" إلى مدرسة للطب ومستشفى يعالج بها المرض العقلي بما يشبه الآن ما يسمى الإيحاء وكان يطلق عليه "النوم المعبدي" كما كان يستخدم بعض الأنشطة مثل الرسم والتصوير والرقص والموسيقى والغناء لتحسين الحالة المرضية (قد يكون هذا تأريخ لما يسمى الآن العلاج بالفن أو الموسيقى أو الرقص). وقد كانت معظم الأمراض النفسية لدى القدماء المصريين تحت أمراض الرحم والقلب. (عكاشة، ١٩٨٨).

وقد أثرت أفكار القدماء المصريين في هذا الصدد علي الفكر الفلسفي اليوناني التي قد تدخل بصورة ما فى مجال علم النفس الإكلينيكي، فقد أكد هيبوقراط (٤٦٠-٣٧٥ ق. م.) على أن أمراض المخ هي المسببة للأمراض العقلية، وصنف ثلاثة أمراض هى الاكتئاب، الهوس، والهيبوفرينيا وأرجعها إلى الروح الشريرة التي تسيطر على الفرد. كما قرر أرسطو (٣٨٤-٣٢٢ ق.م.)

احتمالية وجود أسباب نفسية كالإحباط والصراعات الداخلية وراء الأمراض النفسية. وظلت النظرة بأن المرض النفسي نتاج تقمص روح شريرة لجسد الإنسان وعلاجه هو حرق أو تعذيب جسد المريض هي النظرة المسيطرة على الفكر الفلسفي إلى نهاية القرن الخامس عشر.

وقد تولى رجال الدين في أوروبا علاج الأمراض النفسية والعقلية في العصور الوسطى وحتى أواخر القرن الثامن عشر وقد أرجعوا المرض إلى الأرواح الشريرة التي تدخل أجساد الناس وعلاجها يكون بإخراج هذه الأرواح والذي كان يتم باستخدام طرق وحشية، إلى أن ظهر ما يسمى بالعلاج الأخلاقي Moral therapy الذي نادى بتحرر المريض من الأغلال والسلاسل المقيد بها والتعامل مع المرضى بقدر من الرحمة وتعليمهم السلوك الحسن (O Leary & Wilson, 1975).

إلا أن الوضع كان على عكس ذلك في الفكر الإسلامي. فكان الكندي (٨٠١-٨٦٦ م.) ينصح بعلاج آلام الحزن تدريجيا، وذلك بإلزام النفس بالقيام بالعادة المحمودة في الأمور السهلة أولا ثم يتم التدرج إلى إلزامها بالعادة المحمودة في الأمور الصعبة ثم الأصعب.. وهكذا. كما أكد الغزالي (١٠٥٨-١١١١ م.) على إتباع طريقة التدريج في علاج الخلق المقصود السلوك- السيئ. وأيضاً استخدم أبو بكر الرازي (٨٦٤-٩٢٥ م.) طريقة التدرج في علاج الشهوات. وقبل كل هؤلاء كان أسلوب القرآن الكريم في علاج تعاطي الكحوليات، حيث لم يحرمها دفعة واحدة بل تدرج من التنفير منها حتى التحريم التام. وما سبق يوضح وجود إرهاصات في الفكر الإسلامي عن التشكيل التدريجي للسلوك قبل أن يشير إليه ولبه. (نجاتي، ١٩٩٣).

كان يوجد في مصر بالقرن الرابع عشر "بيمارستان" (أي مستشفى) قلاوون بحي النحاسين بالقاهرة، وكانت تتضمن قسماً للأمراض العقلية. وفي أوائل القرن التاسع عشر بدأت تدهور أحوال تلك المستشفى إلى أن نقل مرضاها عام ١٨٨٠ إلى إحدى السراي بالعباسية (الموقع الحالي). (عكاشة، ١٩٨٨).

ويمكن عرض المحاور الفعالة في مجال علم النفس عامة والتي أسهمت في تكوين علم النفس الإكلينيكي وهي كما يلي:-

١- تبدأ المقدمات الأولى لعلم النفس الإكلينيكي بالدراسة النفسية للطفل وتأسيس سلي Sully " الجمعية البريطانية لدراسات الطفل" ونشر دراسات الطفولة. كما نشطت البحوث على العمليات العقلية للطفل في فرنسا من خلال بينية Binet . ثم بدأ للاهتمام بمظاهر سوء التوافق لدى الأطفال ومن ثم أسس ويتمر Witmer عام ١٨٩٦ أول عيادة نفسية للأطفال المشكلين بجامعة بنسلفانيا وبعد ذلك أسس مجلة متخصصة باسم "العيادة النفسية" The Psychological Clinic عام ١٩١٢. وكانت لبحوث أيثوري فرانز I. Franz خلال عملة بمستشفى ماكلين عام ١٩٠٣ وأيضا بمستشفى واشنطن عام ١٩٠٧ عن العلاقة بين وظائف المخ والعادات الحسية الحركية وأيضاً تصميمه لأداه مقننة للفحص الإكلينيكي عام ١٩١٢. ويعتبر ظهور مقياس بينيه (و مراجعاته أعوام ١٨٨٦، ١٩٠٣، ١٩٠٤، ١٩٠٥، ١٩٠٨، ١٩١١، ١٩١٦، ١٩٣٧) له أهمية بالغة في تطور علم النفس الإكلينيكي.

٢- ثم كان للحرب العالمية الأولى أثراً في ظهور مقاييس خاصة باختلال وتوافق الشخصية لاستخدامها في فحص المجندين مثل "قائمة بيانات الشخصية التي صممها روبرت وودورث R. Woodworth عام ١٩١٧. ثم قائمة الشخصية لبرنرويتر Bernrweter. وبطارية مقاييس مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI والتي صممت عام ١٩٣٩. (سويف، ١٩٨٥).

٣- كما ظهر الاهتمام بعلم النفس الإكلينيكي على مستوى الجمعيات المتخصصة والمجلات العلمية، ففي عام ١٩١٩ أنشأت جمعية علم النفس الأمريكية (المؤسسة عام ١٨٩٢) الشعبة الإكلينيكية لتمثيل علم النفس الإكلينيكي بالجمعية التي وضعت معايير الممارسة الإكلينيكية والتدريب عام ١٩٣٥. وتم إصدار مجلة Journal of Consulting Psychology كأول مجلة في علم النفس الإكلينيكي عام ١٩٣٧ تلتها مجلة Journal of Clinical Psychology عام ١٩٤٥ وأنشئ في عام ١٩٤٧ مجلس للممتحنين الأمريكي في علم النفس المهني للسماح

لمختصي علم النفس بالممارسة الإكلينيكية. وفي عام ١٩٥٥ أنشئت اللجنة المشتركة للصحة النفسية. (إبراهيم، ١٩٨٨).

تاريخ علم النفس الإكلينيكي كعلم مستقل في مصر:

قدم علم النفس الحديث بصورة مبدئية في مصر على يد الرواد الأوائل الذين حصلوا علي درجة الدكتوراه في الخارج (أمثال عبد العزيز القوصي، يوسف مراد، ومصطفى زيور، وعزت راجح) وذلك في منتصف الثلاثينيات وأوائل الأربعينيات من القرن العشرين حيث قدم في المعهد العالي للتربية وكان الاهتمام متركزا على علم النفس التربوي، كما قدم في كلية الآداب في سياق تخصص الفلسفة. بينما قدم علم النفس الإكلينيكي لطلاب الجامعات المصرية في الستينات، ويمكن عرض المحاور الأساسية لتطور علم النفس الإكلينيكي في مصر فيما يلي:-

تأسيس مجلة علم النفس عام ١٩٤٥، وفي نفس الوقت وتكوين "جمعية علم النفس التكاملي" برئاسة يوسف مراد والتي كانت تضم كل المتخصصين من علم النفس والاجتماعيين وأطباء النفس

زيادة أعداد المتخصصين في علم النفس المؤهلين إلى مستوي الماجستير والدكتوراه وسعيهم نحو تحديد بعض الأدوار المهنية للأخصائيين النفسيين ومن أهم هذه الأدوار الأخصائي النفسي الصناعي والأخصائي النفسي الإكلينيكي.

إنشاء أول عيادة نفسية على يد بعض التربويين عام ١٩٣٤ في المعهد العالي للتربية، والتي كانت تعني بفحص الاضطرابات والصعوبات التربوية اعتمادا على استخدام اختبارات للذكاء والتحصيل والقدرات العامة ومن ثم تطبيق بعض إجراءات العلاج التربوي.

إنشاء عيادة نفسية مماثلة في معهد التربية للمعلمات عام ١٩٤٧.

إنشاء أول عيادة نفسية عامة عام ١٩٤٨، أي تعني بالاضطرابات النفسية عامة وليس فقط المتعلقة بالأمور التربوية، وكانت تحت إشراف وزارتي الصحة والمعارف (التربية والتعليم) وذلك لتقديم الخدمة النفسية لطلاب المدارس. وكان

العمل بهذه العيادة تحت رئاسة طبيب نفسي بمعاونة أخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي.

صدور القانون رقم ١٩٨ لسنة ١٩٥٦ والذي ينظم مهنة العلاج النفسي ويقصرها على مَن يكون مرخصا له مزاولة المهنة من قِبل وزارة الصحة، ويجب أن يكون المتقدم للحصول على هذا التصريح حاصلا على "دبلوم الأمراض العصبية والعقلية من إحدى الجامعات المصرية" أو من الحاصلين عل مؤهل جامعي في علم النفس من إحدى الجامعات أو المعاهد في مصر أو الخارج. ويعتبر هذا القانون اعترافا بحق المتخصص في علم النفس بمزاولة مهنة العلاج النفسي.

إنشاء دبلوم علم النفس التطبيقي بكلية الآداب جامعة القاهرة في العام الجامعي ١٩٥٩/١٩٦٠ لتدريس تطبيقات علم النفس في مجالي الصناعة والتشخيص والعلاج النفسي

في عام ١٩٦٧ اهتمت وزارة الصحة بتنظيم مهنة الخدمة النفسية الإكلينيكية في مستشفياتها وعياداتها على مستوى الجمهورية (و ذلك بدعوة الأستاذ الدكتور مصطفي سويف ليكون مستشارا بها) واشتمل هذا الاهتمام على تدريب الأخصائيين النفسيين وتعيينهم بالمستشفيات، وأيضا تدريب الأطباء الجدد على المهم التي توكل لزملائهم الأخصائيين النفسيين حتى يتم خلق لغة تواصل بين الأطباء والأخصائيين النفسانيين وتشجيع البحوث كجزء أساسي من مهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

الاهتمام بتعيين الأخصائيين النفسيين في المدارس وبالتالي تدريبهم للقيام بدوري الإرشاد النفسي (حيث تقديم المساعدة مباشرة في حالات التوجيه والإرشاد) والإحصائي النفسي الإكلينيكي (تحويل الطالب إلى العيادات النفسية).

ويمكن الرجوع تفصيلا إلى تاريخ علم النفس الإكلينيكي في مصر إلى- سويف، ٢٠٠١ الفصل الأول) (Soueif, 1998)

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية

مقدمة:

يعتبر التصنيف عامة من مستويات القياس، حيث يصنف الأفراد تبعا لخاصية محدده من خلال محك متفق عليه. (فرج، ١٩٨٠). ويهتم هذا المقال بتصنيف الأعراض المرضية النفسية والعقلية، ومراحل تطوره وتقييم كل مرحلة لما لهذا التصنيف من أهمية كمحك تشخيصي في مجال الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي (العيادى). وتتباين أسس تصنيف الأمراض النفسية والعقلية وفقاً للتكوين المنهجي والفلسفي للباحث أو المعالج. (إبراهيم، ١٩٨٨). وسيوضح هذا من خلال عرض تصنيف منظمة العالمية وتصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية.

أهميه التشخيص:

التشخيص في مجالي الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي له أهميته، لما يحدثه من تواصل مختزل بين المتخصصين، فعند الاتفاق على زملة أعراض تحت مسمى مرضى محدد، يمكن الاكتفاء بهذا المسمى عند مناقشة حالة مرضيه تشتمل على تلك الأعراض. كما أن التشخيص يوجه إمكانيات العلاج، فعلى سبيل المثال عند تشخيص مريض ما بالفصام البارانويدى يؤدى ذلك إلى استبعاد الفاليوم من استخدامه كعلاج حيث لا يحسن من أعراض هذا التشخيص وقد يفيد عقار الكلوربرومازين، كما لا تؤثر أيضاً أساليب العلاج اللفظية. وأيضاً يساعد التصنيف الجيد البحوث العلمية في معرفة الأسباب المرضية لمجموعه من المرضى المتشابهين في زملة الأعراض Rosenhan& Seligman, (1995). (أيزنك، ١٩٨٥)

التطور التاريخي للتصنيفات التشخيصية:

تمتد فكره التصنيف تاريخيا إلى اليونانيين، فتم التعرّف على الأعراض المرتبطة بالشيخوخة (اضطرابات كبار السن)، الكحولية Alcoholism الهوس Mania، السوداوية melancholia (أو الاكتئاب) والبار انويا، والعديد من هذه التشخيصات المبكرة ما زالت مستخدمه إلى الآن.

اتخذ فيليب بانيل Philippe Pinel (١٧٤٥-١٨٢٦) نموذج التصنيف البيولوجي في التصنيف الرسمي الأول للاضطرابات، وقد قسّم الاضطرابات السيكلوجية إلى السوداويه، الهوس مع/ بدون هذيان delirium، الاختلال العقلي dementia، والعته idiodism.

صدر أول نظام تصنيفي متكامل للاضطرابات عام ١٨٩٦ لأميل كريبلين Emil Kraeplein (١٨٥٦-١٩٢٦)، ويعتقد أن الاضطرابات العقلية لها أساس فيزيقي واحد، وأن نفس محكات التشخيص وبالتالي الإجراءات العلاجية يمكن أن تطبق عليها جميعا. وبالرغم من تأكيده على الأساس الفيزيقي الواحد إلا أنه يؤكد أيضاً على الدوافع drives، الانحراف الاجتماعي social deviance، مستوى التكيف أو الفاعلية الاجتماعية social efficacy كعوامل مؤثرة في التشخيص، وهي أقرب إلى وصفها اجتماعية وليس فيزيقية (*ibid* and Sue & Sue, 1994).و قد وصف ديجان Degan طريقه تصنيف كريبلين بأن جوانبها الإجرائية أكثر شيوعا إن لم تكن الطريقة الوحيدة لتحليل مركبات الأمراض النفسية ثم أعاده تركيبها بنوع من النظام (أيزنك،١٩٨٥،ص.٨٨). وقد تبنت جمعية الطب النفسي الأمريكية خطوطه العريضة، ويعتبر من أكثر التصنيفات شيوعاً ويعرف باسم التصنيف الطبي النفسي، وبه خمسة عشر نوعاً من الاضطراب إلا أنه يمكن تضمينها في خمسة فئات رئيسية من الأمراض النفسية والعقلية وهي:- الأعصبة Neuroses، الذهان الوظيفي functional psychosis، الذهان العضوي organic psychosis، اضطرابات الشخصية personality disorders، والتأخر العقلي mental retardation. (إبراهيم: ١٩٨٨) (الاضطرابات تبعً لتصنيف كريبلين تفصيلاً في: أونيل، ١٩٨٧)

ضمنت منظمه الصحة العالمية World Health Organization (WHO) الاضطرابات العقلية في القائمة الدولية الخمسة لأسباب الموت International list of causes of deathعام ١٩٣٩ (ICD5) والتي تضمنت أمراض الجهاز العصبي وأعضاء الحس وأيضاً النقص العقلي والفصام وذهان الهوس-الاكتئاب، ثم الأمراض العقلية الأخرى. ثم أصبحت تشتمل على الأمراض النفسية أيضاً التي لا تؤدى إلى الموت وذلك في قائمة ١٩٤٨ التي أصبحت

التصنيف الإحصائي العالمي للاضطرابات والإصابات وأسباب الموت International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death (ICD6)، ثم كانت المراجعة السابعة عام ١٩٥٥ ولم تضف جديدا على الأمراض النفسية والعقلية، وفي عام ١٩٦٥ ظهرت المراجعة الثامنة وتضمنت الوصف الإكلينيكي والتشخيص المميز للاضطرابات العقلية، واشتملت القائمة التاسعة ١٩٧٩ على الاضطرابات النفسية للأطفال واضطرابات النمو التي تطورت في القائمة العاشرة ١٩٩٢(حموده،١٩٩٦) (Davison & Neale,1994) هذا عن تطور النظام التصنيفي (ICD) التابع لمنظمه الصحة العالمية، والذي واكبه تطورا في نظام التصنيف التابع لجمعية الطب النفسي الأمريكية، التي أصدرت أول نشره منه في عام ١٩٥٢ (أي قبلICD7 بثلاث سنوات) وهو لم يختلف كثيرا بالنسبة للأمراض النفسية والعقلية عن ICD6 (المرجع نفسه).

ويختلف نظام تصنيف جمعيه الطب النفسي الأمريكية عن تصنيف منظمه الصحة العالمية في كونه صمم خصيصا للاضطرابات السيكولوجية وسمى " الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)، وتبع النشرة الأولى لتصنيف DSM عدد من المراجعات، فصدرت المراجعة الثانية عام ١٩٦٨، والثالثة ١٩٨٠، والثالثة المعدلة ١٩٨٧، والرابعة ١٩٩٤.

وسيعرض في الجزء التالي الشروط السيكومترية لكل مراجعه من تلك المراجعات التي أدت إلى المراجعة الرابعة.

** الشروط السيكومترية لنشرات جمعية الطب النفسي الأمريكية لتصنيف الأمراض النفسية والعقلية:

<u>أولا الثبات:</u> حسب الثبات في الدراسات المبكرة على DSM بطريقتين: الأولى بمقارنه تشخيصات أزواج من الأخصائيين الإكلينيكيين، وانتهت إلى اتفاق منخفض بين أعضاء كل زوج، ويزداد عدم الاتفاق في الفئات النوعية (المميزة) حيث تصل إلى ٨٠%، ولكن يوجد اتفاق بين المشخصين في الفئات العامة العريضة (عضوي، ذهاني، أو اضطرابات شخصية). كانت الطريقة

الثانية بحساب الاتفاق بين تشخيص الأخصائيين الإكلينيكيين مرتين(أي بأسلوب أعاده الاختبار) في أوقات مختلفة، وانتهت الدراسات المستخدمة هذه الطريقة إلى نفس المعلومات التي انتهت إليها الطريقة الأولى. ويعزى عدم ثبات النشرات المبكرة من DSM إلى ثلاثة أنواع من الأخطاء، ترجع ٥% منها إلى المرضى أنفسهم لتعاطيهم عقاقير مختلفة، وتشير نسبه ٣٢،٥% من الأخطاء إلى عدم اتساق المشخصين في تكنيكات المقابلة وفي تفسير البيانات المتماثلة، وتشير نسبه ٦٢،٥% إلى أخطاء تشتق من قصور في نظام التشخيص نفسه. وهذه المشكلات هي التي أدت إلى تطور النشرة التصنيفية في المراجعتين الثالثة والثالثة المعدلة لكي يصبح التصنيف أكثر ثباتا داخليا (Sue & Sue, 1994). وقد انتهى Spitzer & Fleiss ١٩٧٤ عند حسابهما لثبات DSM II إلى ثبات ثلاث فئات فقط هي التأخر العقلي، تعاطى الكحوليات، والزملات المرضية العضوية للمخ.

تصنف الفئات التشخيصية في التصنيف الثالث من خلال السلوكيات مباشرة أكثر من السمات المستنتجة، بالإضافة إلى أنه امتد إلى عدد متسع من الفئات التشخيصية وصل إلى أكثر من ٢٠٠ بعدما كان أقل من مائه في التصنيف الثاني. كما انتهى Krik & Kutchins ١٩٩٢ إلى ثبات الفئات العريضة وعدم ثبات الفئات المرضية النوعية للتصنيف الثالث، مما يؤكد نتائج Hanada & Takahashi باليابان ١٩٨٣ (Rosenhan & Seligman,1995).

<u>ثانيا الصدق:</u> شككت العديد من الانتقادات في صدق وفائدة التصنيفات المبكرة من DSM، وعدم كفاءتها في التوصل إلى معلومات عن أسباب الأمراض وعلاجها ومآلها (أي التنبؤ بمستقبل اضطراب محدد). بالإضافة إلى أن ارتفاع الثبات يتطلب بالضرورة صدقا مرتفعا، ويشير الشك في ثبات النشرات الأولى من DSM كما عرض آنفا إلى انخفاض الصدق أيضا (Sue & Sue, 1994).

****التصنيف الثالث المعدل DSM III R لجمعية الطب النفسي الأمريكية**

أدى انخفاض الثبات والصدق للنشرات المبكرة من DSM إلى ظهور النشرة الثالثة ثم الثالثة المعدلة، وقد أرجع المنظرون التحليليين مجموعات

الأعراض المندرجة تحت فئة العصاب والتي اشتملت عليها النشرات الثالثة وما قبلها إلى أصولا مشتركة وهي الصراع العصابى اللاشعورى، مهما اختلفت الخصائص بينها، ولكن النشرة الثالثة المعدلة ترفض هذا، وبدأت تنظر إلى المرض من حيث الأعراض الظاهرة فقط، ومن هنا خرج الجوال الليلي من نطاق العصاب، بل ما كان يطلق عليه أمراضا أو اضطرابات عقليه ونفسيه أصبح ينظر إليه بأنه مجرد مشكلات سلوكية حياتيه لا يستطيع العميل حلها. وقد صنفت اضطرابات السلوك في التصنيف الثالث المعدّل في خمس محاور يمكن من خلالها وصف الأعراض (و ليس الأمراض)، وهذه المحاور هي:-

المحور الأول: الأعراض الإكلينيكية، ويتضمن أنماط من السلوك المرضى والاضطرابات العقلية والخلل في القدرة على توظيف السلوك...

المحور الثاني: يشتمل على اضطرابات في النمو، واضطرابات في الطفولة وكيفيه استمرارها في الرشد، كالتخلف العقلي واضطرابات اللغة والمهارات الحركية...

المحور الثالث: ويشتمل على الاضطرابات الفيزيقية، مثل الأمراض المزمنة أو الجراحات التي قد تؤثر على خطه العلاج مثل أمراض الجهاز العصبي.

المحور الرابع: ويشتمل على الانعصابات النفسية والاجتماعية الشديدة التي ظهرت في السنة التي تسبق وقت تقدير الأعراض، والتي ساهمت في نمو الاضطراب العقلي المطلوب تشخيصه.

المحور الخامس: ويشتمل على تقييم كلى للتوظيف الحالي وأعلى مستوى توظيف في السنة الأخيرة تبعا للمحكات المهنية والاجتماعية والنفسية.

و مما سبق يتضح أن التصنيف الثالث المعدّل اعتمد على السلوك الظاهر في محكات التشخيص. غير أنه لم يغط اضطرابات أساسيه كاضطرابات الشخصية وسوء تعاطى العقاقير (رازاس، ١٩٩٤).

****التصنيف الرابع DSM IV لجمعية الطب النفسي الأمريكية**

صدر التصنيف الرابع في عام ١٩٩٤ لسد ثغرات التصنيفات السابقة له، وقد انتظمت به الأعراض النفسية والعقلية في عدد من المحاور يقدر كل فرد عليها منفصلة، وهذه المحاور هي:- *المحور الأول*: يتضمن كل الفئات المرضية ما عدا اضطرابات الشخصية التي تنتظم داخل *المحور الثاني*، لذا ينتظم داخل المحوران الأول والثاني تصنيف السلوك الشاذ، وهما منفصلان للتأكد من وجود الاضطرابات لمده طويلة، على سبيل المثال: الشخص الذي يتعاطى هيروين يمكن أن يصنف تحت المحور الأول، وعند الاستمرار في التعاطي لمده طويلة يصنف تحت *المحور الثاني* الذي ينتظم به اضطرابات الشخصية، وذلك لأن شخصيته تكون مضادة للمجتمع. يندرج تحت *المحور الثالث* المؤشرات الإكلينيكية الطبية العامة والتي يعتقد تعلقها بالاضطراب العقلي، مثل السلوك الشاذ المصاحب لمرض البول السكري. ويتضمن *المحور الرابع* المشكلات السيكو-اجتماعية والبيئية التي تساهم في الاضطراب وتشتمل على المشكلات المهنية والاقتصادية وصعوبات التفاعل الشخصي مع أعضاء الأسرة، ومشكلات متنوعة في القطاعات الحياتية الأخرى. ويتضمن *المحور الخامس* والأخير المؤشرات الإكلينيكية للمستوى الحالي لأداء الشخص التكيفي في مجالات الحياة المختلفة والعلاقات الاجتماعية والأداء المهني وشغل وقت الفراغ. وهذه المحاور تفصيلا كما يلى:-

المحور الأول:- ويتضمن الزملات (الأعراض) المرضية الآتية:

١- اضطرابات تشخص عاده في مراحل الطفولة المبكرة والمتأخرة والمراهقة

٢- اضطرابات الوعي (الهذيان)، كاختلال العقل، النسيان، والاضطرابات المعرفية.

٣- اضطرابات متعلقة بالتعاطي.

٤- الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.

٥- الاضطرابات المزاجية.

٦ - اضطرابات القلق.

٧- اضطرابات التفكك (انفصالية).

٨- اضطرابات جنسيه.

٩- اضطرابات الأكل.

١٠- اضطرابات النوم.

١١- الاضطرابات ذات الشكل الجسمي.

١٢- اضطرابات التحكم الاندفاعي التي لا تصنف في موضع آخر.

<u>المحور الثاني</u>:- ينتظم به اضطرابات الشخصية وهي:

١- الشخصية البارانويدية.		٢- الشخصية الفصامية.

٣- الشخصية شبه الفصامية.		٤- الشخصية المضادة للمجتمع.

٥- الشخصية البينية.		٦- الشخصية الهستيرية.

٧- الشخصية النرجسية.		٨- الشخصية الإحجامية.

٩- الشخصية المعتمدة.		١٠- الشخصية الو سواسية.

<u>المحور الثالث</u>:- يتضمن الشروط الطبية العامة.

<u>المحور الرابع</u>:- يتضمن المشكلات السيكو-اجتماعية والبيئية وهى:

١- مشكلات ترتكز على الجماعة (علاقة الطفل بالوالدين).

٢- مشكلات تتعلق بالبيئة الاجتماعية.

٣- مشكلات تعليمية.		٤- مشكلات مهنية.

٥- مشكلات منزليه.		٦- مشكلات اقتصادية.

٧- مشكلات خاصة بخدمات الرعاية الصحية.

٨- مشكلات تتعلق بالتعامل مع النظام القانوني.

٩- مشكلات سيكو-اجتماعية أخرى.

<u>المحور الخامس</u>:- يتضمن مقياسا لتقدير الأداء الإجمالي للفرد، وذلك باعتبار أن الأداء النفسي والاجتماعي والمهني يقع على متصل الصحة/المرض العقلي، ولا يتضمن هذا المقياس الخلل في الأداء كمؤشر لمحددات بيئية واجتماعيه ويشتمل على المستويات التالية:

المستوى الأول (٩١/١٠٠):-أداء الفرد جيد على مستوى واسع من النشاطات المختلفة، ويتحكم في المواقف الحياتية ويلجأ إليه الآخرين عند احتياجاهم إليه (أي أن الفرد به العديد من الخصائص الإيجابية ولا يوجد لديه أعراض مرضيه).

المستوى الثاني (٨١/٩٠):- يوجد لدى الفرد الحد الأدنى من الأعراض (قلق معتدل مثل قلق الامتحان)، وأداء جيد في كل المجالات، له اهتمامات عديدة وينغمس في مدى واسع من النشاطات، مؤثرا اجتماعيا، راضى عامه عن الحياة،لا يوجد لديه إلا المشكلات العرضية.

المستوى الثالث (٧١/٨٠):-يوجد أعراض مرضيه ولكن عابرة ومتوقعه كردود فعل للانعصابات السيكو-اجتماعيه وهي ليست اكثر من خلل بسيط في الأداء الوظيفي والاجتماعي أو المدرسي.

المستوى الرابع (٨١/٧٠):-يوجد بعض الأعراض المعتدلة المستوى مثل مزاج اكتئابي وقلق أو أرق معتدل، أو بعض الصعوبات في الأداء الوظيفي والاجتماعي أو المدرسي.

المستوى الخامس (٥١/٦٠):-يوجد أعراض مرضيه بدرجه متوسطة مثل عاطفة سطحيه، هلع مفاجئ عرضي،أو صعوبات في الأداء الاجتماعي أو المهني أو المدرسي(عدم وجود أصدقاء وعدم وجود أصدقاء وعدم القدرة على الاحتفاظ بالعمل).

المستوى السادس(٤١/٥٠):-يوجد أعراض شديدة مثل التفكير الانتحاري، الطقوس القهرية، أو أي خلل شديد في الأداء الاجتماعي أو المهني أو المدرسي.

المستوى السابع (٣١/٤٠):-يوجد بعض الخلل في مستوى الاتصال بالواقع مثل الحديث اللامنطقي أو المبهم أو غير المتناسب، أو خلل شديد في

مجالات كثيرة مثل العمل أو المدرسة أو العلاقات الأسرية، وفي الحكم على الأمور والتفكير والمزاج (شخص مكتئب مبتعد عن الأصدقاء)، إهمال الأسرة، عدم القدرة على العمل، ضرب الطفل المتكرر للأطفال الأصغر سنا.

المستوى الثامن (٣٠/٢١):-تأثر السلوك بدرجه كبيرة بالضلالات والهلاوس، والخلل الشديد في التواصل والحكم (الانشغال بأفكار انتحارية، أفعال وتصرفات غير مناسبة "مخجلة"، عدم القدرة على الأداء في معظم مجالات الحياة كقضاء اليوم في السرير بدون عمل).

المستوى التاسع (٢٠/١١):-يوجد خطورة في الأعراض كالإضرار بالذات والآخرين، مثل المحاولات الانتحارية مع التوقع الحقيقي للموت، التهيج والعنف "التهيج الهوسي"، عجز من حين لأخر عن الاحتفاظ بأدنى حد من الصحة الشخصية والبدنية مثل التلوث بالبراز، الخلل الزائد في التواصل الاجتماعي مثل التفكك أو الصمت الدائم.

المستوى العاشر (١٠/١):-الخطر الدائم من الإضرار الشديد بالذات والآخرين كالعنف المتكرر

أو عدم القدرة تماما على الاحتفاظ بالحد الأدنى من الصحة العامة (الفعل الانتحاري الجاد).

فئات الأعراض المرضية المنتظمة تحت المحوران الأول والثاني

يقــدم فــي الجزء التالي توضيح مختصر لفئات الأعراض المنتظمة تحت المحوران الأول والثاني

الاضطرابات المشخصة في مراحل الطفولة المبكرة والمتأخرة والمراهقة:

تتضمن الاضطرابات الفيزيقية والانفعالية والإدراكية التي تبدأ في الطفولة المبكرة، المتأخرة،أو المراهقة وبعض المشكلات المعروفة ومنها: اضطرابات قلق الانفصال separation anxiety disorder، اضطرابات الاتصال conduct disorders، اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد hyperactivity، التأخر العقلي mental retardation، اضطراب شامل في النمو pervasive

development disorder (التفكير الطفو لي)، اضطرابات التعلم والتي تكمن في تأخر اكتساب الكلام والقراءة والاستدلال الحسابي ومهارات الكتابة.

اضطرابات متعلقة بتعاطي المواد النفسية: Substance related disorders

يوجد تحت هذه الاضطرابات المصاحبة لتعاطى العديد من المواد مثل الكحول، مستحضرات الأفيون opiatesكوكايين، الامفيتامينات....الخ والتي تغير السلوك. ويصبح الفرد غير قادر على التحكم أو التوقف عن التعاطي، وقد تظهر أعراض انسحابية إذا توقف الفرد عن تعاطيها، وهذه المواد قد تسبب أو تمتد إلى اضطرابات أخرى تنتظم تحت المحور الأول مثل الاضطرابات المزاجية أو القلق.

الفصام واضطرابات ذهانية أخرى: Schizophrenia and other psychotic disorder

يوجد لدى الفصاميون تدهور في العناية بالذات،و العلاقات الاجتماعية، والقدرة على العمل. ويوجد أيضاً اضطراب في اللغة والاتصال وقد ينتقل من موضوع لآخر غير مترابطين على الإطلاق، ويشيع لديهم الضلالات مثل الاعتقاد بان الأفكار لا يملكونها وإنها توضع في رؤوسهم، بالإضافة إلى الهلاوس خاصة السمعية، يتميزون بمشاعر باردة أو سطحيه أو غير مناسبة، ويفقدون اتصالهم بالواقع. وقد يميز التصنيف الرابع بين الاضطرابات الضلالية في الفصام والنمط البارانويدى، حيث في الفصام يكون شاذا جدا ومحتواه غير متكامل، ويرتبط بهلاوس ويكون أكثر اضطرابا

الاضطرابات المزاجية: Mood disorders

الاكتئاب (الذهانى): يعانى الفرد من الحزن العميق وتثبيط الهمة، وأيضا يفقد وزنه وطاقته ويمتلك أفكارا انتحارية ومشاعر لوم للذات.

الهوس:يعانى الفرد من حالة نشوه وفرح شديدة، سرعة التهيج، ويكون الفرد أكثر نشاطا من الطبيعي ويمتلك تقديرا للذات عظيما وغير واقعيا.

الاضطراب ثنائي القطب:bipolar يعايش الرد دورات من الهوس والاكتئاب.

اضطرابات القلق Anxiety disorders:

اضطرابات القلق هي تلك التي تتخذ شكل القلق كاضطراب أساسي، ففي الفوبيا phobia يبتعد الفرد عن الموضوع أو الموقف عندما يزداد الخوف منه لدرجه أنه يمزق حياته، حتى رغم معرفة الفرد بعدم وجود ما يبرر هذا الخوف.

الفزع panic disorder: يخضع الفرد لهجمات فجائية مزعجه من الخوف الشديد، ويشعر برجفة وانتفاضه ودوار واضطراب في التنفس. وقد يتلازم اضطراب الفزع مع الفوبيا من الأماكن المتسعة، وفي هذه الحالة يخاف الفرد بشده م ترك البيئة المألوفة له.

القلق العام generalized anxiety: يكون القلق شامل ودائم، ويكون الفرد أكثر حركه ويشعر الفرد كأنه محطم ودقات قلب سريعة وقوية، وانزعاج دائم، ويشعر عامه بأنه على شفا حفره.

الوسواس القهري obsessive- compulsive disorder: يخضع الفرد دائما لوسواس أو أفعال قهريه، ويعنى بالوساوس الأفكار أو التخيلات المتكررة ولا يستطيع الفرد التحكم بها والسيطرة عليها. بينما الفعل القهري هو أداء فعل نمطي ويصعب على الفرد إيقافه في الموقف المهدد له، ويؤدى استمرار الفعل القهري عاده إلى توتر مرتفع لدى الفرد.

اضطراب المشقة ما بعد الإصابة posttraumatic stress disorder: يعانى الفرد من فقدان الحس والحركة نتيجه لحدوث إصابة شديدة very traumatic event، ويعانى من القلق ولديه تدهورا في الذاكرة اليومية وأحلام ليليه مزعجه (كوابيس)، وصعوبة في القدرة على التجريد، وشعور بالانفصال feel detached عن الآخرين، وإهمال في العمل. وأعراض اضطراب المشقة الحاد acute stress disorder تماثل أعراض اضطراب المشقة ما بعد الإصابة ولكن لا تستمر طويلا.

الاضطرابات ذات الشكل الجسمي Somatoform disorders:

لا يعرف للأعراض الفيزيقية المصاحبة للاضطرابات السيكوسوماتية سبب فسيكولوجي، ولكن يبدو أنها تشبع سبب نفسي، فالفرد الذي يعانى اضطرابا سيكوسوماتيا لديه تاريخ طويل من الشكاوى الفيزيقية المتعددة، لذا فهو يتردد على الأطباء. ويقرر الفرد الذي يعانى من الاضطراب التحويلي conversion disorder فقدان وظيفة حركيه أو حسية مثل الشلل، الفقدان الحسي an anesthesia أو العمى، ويشعر الفرد الذي يعانى من اضطراب الألم pain disorder بألم شديد ولمده طويلة.بينما اضطراب التوهم المرضى hypochondria هو تفسير خاطئ للاحساسات الفيزيقية على اعتبارها أمراضا خطيرة. اضطراب تشوه الجسم body dystrophic هو معاناة الفرد بانشغال باله بخلل متوهم في مظهره

الاضطرابات الانفصالية Dissociate disorders:

الانفصال النفسي psychological dissociation هو تغيّر فجائي في الشعور يؤثر على الذاكرة والهوية identity، والفرد الذي يعانى من فقدان ذاكره انفصالي dissociate amnesia قد ينسى كل ماضيه أو يفقد ذاكره مرحله زمنية معينه.وفي التجوال الانفصالي dissociate fugue يرحل الفرد فجأة وبدون توقع إلى مكان جديد ويبدأ حياه جديده ويفقد هويته السابقة. والشخص المتعدد الشخصية personality multi ple (اضطراب انفصال الهوية dissociate identity disorder) يمتلك شخصيتان أو أكثر منفصلة، وكل منها يسيطر في وقت ما. اضطراب فقدان الشخصية depersonalization disorder وهو شعور قوى بتفكك وتباعد الذات أو أنها غير حقيقية.

الاضطرابات الجنسية وهويه النوع Sexual and gender identity disorders:

تشتمل الاضطرابات الجنسية في التصنيف الرابع على ثلاث فئات فرعيه وهي: الانحراف الجنسي paraphilia كمصدر للإشباع الجنسي مثل الإستعراء exhibitionism، والتلذذ الجنسي بالمشاهدة voyeur، السادية sadism والماسوشية. خلل الوظائف الجنسية sexual dysfunction

و به يكون الفرد غير قادر على تكمله دوره الاستجابة الجنسية، بأن يكون ليس لديه القدرة على الانتصاب،أو القذف المبكر، أو الكف في هزات الجماع.
اضطرابات الهوية الجنسية: وهى شعور الفرد بانزعاج شديد لتصنيفه الجنسي، ويعتبر نفسه عضوا من الجنس المقابل

اضطرابات النوم Sleep_disorders:

يوجد فئتان فرعيتان أساسيتان مميزتان لاضطرابات النوم وهما: الاضطراب في الكميه مثل_عدم القدرة على الاستمرارية في النوم، أو النوم أكثر من اللازم. الاضطراب في الكيفية أو الوقت مثل عدم الشعور بالراحة بعد النوم، عدم القدرة على النوم في أوقاته التقليدية، امتناع النوم، حدوث شئ غير عادى أثناء النوم كالمشي.

اضطرابات الأكل Eating disorders:

يتجنب الفرد في اضطراب فقدان الشهية العصبي anorexia nervosa الأكل ويصبح هزيلا، وغالبا يكون ذلك بسبب خوف شديد من السمنة. ويوجد في اضطراب الشره العصبي bulimia nervosa دورات متكررة تبدأ بالأكل المتزاوج مع منا شط تعويضية compensatory activities مثل حث الذات على الاستفراغ واستخدام الملينات بكثرة.

الاضطراب المتصنع (المفتعل) Factitious disorder:

ينطبق هذا التشخيص على الذين يشتكون عمدا بكل من الأعراض الفيزيقية أو للتظاهر السيكولوجية بسبب الحاجة السيكولوجية بدور الشخص المريض.

اضطرابات التوافق Adjustment disorders:

يشير هذا التشخيص إلى نمو أعراض انفعاليه أو سلوكية نتيجه حدوث حياه ضاغطة، والأعراض الناشئة لا تتوافق مع أي من محكات التشخيص الخاص بالمحور الأول.

اضطرابات التحكم في الدفع Impulse control disorder:

تتضمن هذه الفئة التشخيصية السلوكيات غير الملائمة والتي تبدو خارج التحكم، على سبيل المثال: اضطراب القابلية للانفجار المتناوب intermittent explosive out of control disorder، ويعانى الفرد من نوبات من السلوك العنيف مما يحدث تدمير لملكيات الآخرين أو الإضرار بهم، وأيضاً هوس السرقة kleptomania والفرد الذي يعانى به يسرق بصفة متكررة ولكن ليس للقيمه المالية للموضوع أو استخدامه، وفي هوس إشعال النار pyromania يعمد الفرد إشعال النيران ويحصل على السعادة من فعل ذلك، وفي المقامرة المرضية pathological gambling ويكون الفرد مشغول البال بالقمار ولا يستطيع التوقف عن ذلك، والقمار هو طريقته للتهرب من المشاكل.

اضطرابات الشخصية Personality disorders:

تعرّف اضطرابات الشخصية " كجمود وسوء تكيف" الأنماط السلوكية، وتندرج تحت المحور الثاني من التصنيف الرابع الذي يشتمل على عشر فئات متميزة منها:-

اضطراب الشخصية الفصامية على سبيل المثال حيث يكون الفرد منعزلا وأصدقائه قليلين وغير مبال بالثناء أو النقد. ويكون الفرد في اضطراب الشخصية النرجسية إحساسه بأهمية ذاته أكثر من اللازم، ولديه تصورات وتخيلات عن نجاحات عظيمة، ويطلب دائما الاهتمام له، ومحب لاستغلال الآخرين. وتصقل الشخصية المضادة للمجتمع قبل سن ١٥ سنه، وتظهر في سلوكيات التشرد والهروب من المدرسة، وفي المراهقة لا يهتم بواجباته في العمل ويظل في اتجاه مضاد للقانون، ويطلق على هذا الفرد مصطلح "سيكوباتي"، والشخصيات المضادة للمجتمع لا تشعر بالذنب أو الخجل لتعديه تقاليد المجتمع، ومن اضطرابات الشخصية أيضاً اضطرابات الشخصية البارانويدية والفصامية وشبه الفصامية والبينية والهستيرية والمتباعدة والمعتمدة والوسواسية -القهرية.

اضطرابات الوعي،الاختلال العقلي، فقدان الذاكرة، واضطرابات معرفية أخرى:

فسر التصنيف الرابع هذه الاضطرابات تحت المحور الأول، وقد فسرها التصنيف الثالث DSM III والثالث المعدّل DSM III R كاضطرابات متضمنة تحت الاضطرابات العقلية العضوية، ويعنى انتظامها تحت المحور الأول في هذا التصنيف بأنه ليس لها أساس بيولوجي.

اضطراب الوعي delirium: ويتضمن الشرود في الانتباه، ومجرى تفكير مفكك، وقد يحدث هذا الاضطراب لأسباب طبيه متعددة مثل سوء استخدام العقاقير.

الاختلال العقلي Dementia : ويعنى تدهور في القدرات العقلية خاصة الذاكرة المرتبطة بمرض الزهايمر، وحالات طبيه أخرى متعددة.

فقدان الذاكرة Amnesic disorder:هذا الاضطراب عبارة عن خلل في الذاكرة دون اضطراب في الوعي أو القدرات العقلية، وغالبا ما يرتبط بتعاطي الكحول وبالعمر.

يمكن الرجوع إلى التصنيف الرابع تفصيلا في: Davison & Neale,1994) & (Rosenhan & Seligman,1995).

رغم أن هذا التصنيف حاول تفادى عيوب التصنيف السابق له DSM III Rإلا أنه يحتاج إلى دراسات تقييمه لمعرفة مدى صدقه وثباته.

المراجع

١- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكي.: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ.
٢- أونيل (١٩٨٧). بدايات علم النفس الحديث. ترجمة: شاكر عبد الحميد. العراق: دار الشئون الثقافية العامة.
٣- أيزنك، هانز (١٩٨٥) "التصنيف ومشكله التشخيص في ميدان سيكلوجيه الشذوذ." ترجمه: عبد الحليم محمود، في: مصطفي سويف، مرجع في علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار المعارف.
٤- حموده، محمود عبد الرحمن (١٩٩٦) "رؤى جديده في الطب النفسي". مجلة علم النفس، العدد ٣٧، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٥- دسوقي، كمال (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس. الجزء الأول. القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
٦- درويش، زين العابدين (١٩٨٥). دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مؤسسات الصحة النفسية. في: مصطفى سويف، مرجع في علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار المعارف
٧- سويف، مصطفى (١٩٨٥). علم النفس الإكلينيكي: تعريفه وتاريخه. في: مصطفى سويف، مرجع في علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار المعارف.
٨- سويف، مصطفى (٢٠٠١). علم النفس العيادي. القاهرة، الدار المصرية اللبنانية.
٩- عكاشة، أحمد (١٩٨٨). الطب النفسي المعاصر. ط٧. القاهرة: الأنجلو المصرية.
١٠- فرج، صفوت (١٩٨٠) القياس النفسي. القاهرة: دار الفكر العربي.
نجاتي، محمد عثمان (١٩٩٣). الدراسات النفسانية عند العلماء المسلمين. القاهرة: دار الشروق.
١١- رازاس، س. أ(١٩٩٤). التصنيف الأخير لاضطرابات السلوك DSM III R. ترجمه: عبد السلام الشيخ، طنطا: الدلتا للطباعه.

12- Davison. John Gerald & Neale .John M. (1994). *Abnormal Psychology* 6 ed.. New York: Wiley & Sons. Inc.

13- . (1975). *Behavior therapy: Application and outcome.* New Jersey: Prentice- Hall, Inc.

14- Rosenhan, David L. & Seligman, Martin E. (1995). *Abnormal Psychology.* NewYork: W.W. Norton & Company.

15- Soueif. M. (1998). Clinical psychology. In: R. A. Ahmed & U. P. Gielen (Eds.), *Psychology in the Arab Countries.* Egypt: Menoufia University Press

16- Sue. David: Sue, Derald & Sue, Stanely (1994). *Understanding Abnormal behavior.* 4 ed., Boston: Houghton Mifflin Company.

الفصل الثاني

التصميمات البحثية في علم النفس الإكلينيكي

مقدمة

يتناول هذا الفصل بعض من المناهج والتصميمات البحثية التي يمكن استخدامها في بحوث علم النفس الإكلينيكي. وقد يمكن تقسيمها إلى:-

أولاً: مناهج وتصميمات بحثية للمجموعات والتي سيتم عرضها بقدر من الاختصار نظراً لطرحها في الكثير من كتب علم النفس الإكلينيكي ومناهج البحث والتي سيتم إحالة القارئ لها؛

ثانياً: التصميمات البحثية للفرد الواحد والتي سيفرد لها معظم هذا الفصل وذلك لأهميتها في مجال علم النفس الإكلينيكي وأيضا لقلة الإشارة إليها في المؤلفات العربية.

ويشير هوك وكورمير (Huck & Cormier, 1996, 577) إلى أن الباحث في بداية البحث الإمبيريقي يطرح عدداً من التساؤلات، وقرب نهاية البحث يحلل البيانات ويقوم بتفسيرها، وما بين نقطتي البداية والنهاية يحدد الباحث العديد من القرارات عن كيفية إنجاز الدراسة. وأكثر تحديدا، يجب على الباحث أن يقرر نوعية أفراد العينة المستخدمة وكم عددهم، وما المهمة التي سيطلب منهم عملها، وكم مجموعة من الأفراد ستضمنها الدراسة للمقارنة، وما المتغيرات التابعة التي سيتم التركيز عليها لقياسها، وكيف ومتي سيتم قياسها، وأين سيتم إجراء الدراسة. عند التعامل مع هذه التساؤلات يكون الباحث منغمساً في مهمة هامة وهي تخطيط البحث، وتسمى الخطة الناتجة "التصميم البحثي research design". ويعني ذلك أن التصميم البحثي يجيب على عدد من التساؤلات وهي: متى وأين وكيف وعلى مَن سيتم هذا القياس (باركر، بيسترانج، وإليوت، ١٩٩٩، ٢١١).

ويعتبر التصميم البحثي في غاية الأهمية لأي بحث إمبيريقي، فإذا كان هذا التصميم ضعيفا أدى ذلك إلى محولة بحثية هزيلة حتى إذا كانت الدراسة تتسم بوضوح وأهمية تساؤلاتها وأيضا تحليلاتها الإحصائية المناسبة، حيث ستكون الدراسة كلية غير قادرة للوصول إلى أهدافها عندما يكون التصميم

البحثي معيوب faulty، لأن دوره رابطا في سلسلة بين التساؤلات والبيانات التي تعتمد عليها استنتاجات الدراسة، ومن هنا فإن هذا التصميم البحثي الرابط عندما يكون ضعيفاً تكون السلسلة بأكملها ضعيفة (Huck & Cormier, 1996, 577).

أولاً: التصميمات البحثية للمجموعات

يمكن أن تنقسم التصميمات البحثية للمجموعات إلى الآتي: (١) تصميمات تجريبية، (٢) تصميمات شبه تجريبية و(٣) تصميمات غير تجريبية.

(١) التصميمات التجريبية:- Experimental Designs:

يلزم في بداية الأمر التعريف بما المقصود بكلمة "تجربة"، فينظر إليها علماء النفس على أنها موقف علمي محكم ومضبوط يتناول به المجرّب أو الباحث بعض المتغيرات بطريقة منظمة (المتغيرات المستقلة) لمعرفة تأثيرها على متغيرات أخرى (المتغيرات التابعة) وذلك في ضوء التحكم بعزل تأثير نمط ثالث من المتغيرات يسمى المتغيرات المتدخلة. وتعتبر التصميمات البحثية التجريبية هي تخطيط يتضمن تدخلاً فعلياً من قِبل الباحث (أو المعالج) بهدف معرفة تأثيره على المتغير التابع. ومثالاً لذلك أن يقدم المعالج نوعاً من العلاج النفسي لبعض المرضى وفي المقابل تقديم علاج آخر لمجموعة مماثلة من المرضى(باركر، بيسترانج، وإليوت، ١٩٩٩، ٢١٠، ٢١٨).

وفيما يلي سيتم عرض أمثلة من التصميمات التجريبية الأكثر شيوعا ولكن بدون إسهاب ويمكن أن يرجع القارئ إلى مؤلفات مناهج البحث (أنظر على سبيل المثال: أبو علام، ٢٠٠١؛ باركر وآخرون ١٩٩٩؛ الصبوة والقرشي، ١٩٩٥).

<u>تصميم مجموعتين تجريبية وضابطة مع القياس القبلي والبعدي</u> Two groups pretest-protest design:- وبهذا التصميم يتم توزيع أفراد العينة على مجموعتين عشوائيا (إحداهما تجريبية والثانية ضابطة) ثم يتم قياس المتغيرات التابعة للمجموعتين وذلك قبل التدخل التجريبي (أو العلاجي) للمجموعة التجريبية وهذا ما يسمى قياسا قبلياً، ثم يتم القياس لنفس المتغيرات مرة أخرى

للمجموعتين بعد التدخل التجريبي للمجموعة التجريبية ويسمى ذلك قياسا بعدياً، ويمكن تمثيل هذا التصميم في التخطيط التالي:

المجموعة التجريبية ⬅ قياس قبلي ⬅ معالجة ⬅ قياس بعدي

المجموعة الضابطة ⬅ قياس قبلي ⬅ لا معالجة ⬅ قياس بعدي

التصميمات العاملية المتعددة Multi-factorial designs:- عندما يوجد أكثر من متغير مستقل أو عدد من مسويات للمتغير المستقل الواحد تتم المقارنة بينهم في الدراسة، هنا يلزم استخدام أكثر من مجموعة تجريبية وعدد مماثل من المجموعات الضابطة.

تصميم القياس المتكرر repeat measures design:- وبه يتم قياس المتغير التابع لنفس المجموعة قبل وبعد التدخل التجريبي (قبلي-بعدي) عدد من المرات كما يحدث في قياس متابعة أثر تدخل علاجي ما.

تصميم المجموعات المتجانسة أو العوامل المستقلة Blocking factors:- وهذا التصميم يعني استخدام عوامل أو متغيرات يمكن أن تكون معدّلة أو متفاعلة مع تأثير المتغير المستقل (أو أكثر)، ولكن لكل منهما مستويين على الأقل، مثالا لذلك عند وضع نوع الجنس (ذكور/إناث)، أو مستوى المعاناة من المرض (شديد/ضعيف) في الاعتبار أثناء دراسة تأثير أسلوب علاجي ما. هنا يجب تقسيم العينة إلى أربع مجموعات هي: مرضى ذكور ذوي معاناة شديدة، مرضى ذكور ذوي معاناة ضعيفة، مرضى إناث ذوي معاناة شديدة، مرضى إناث ذوي معاناة ضعيفة. وبعد ذلك يتم تعرّض كل مجموعة للمتغير المستقل (الأسلوب العلاجي موضع الدراسة) في مقابل المجموعة الضابطة التي تكون على قائمة الانتظار للعلاج (أي لا تتلق علاج).

(٢) التصميمات شبه التجريبية Quasi-experimental Designs: ومن أمثلة هذا النوع من التصميمات:

تصميم المجموعة الواحدة بقياس بعدي فقط One-group posttest design :- أحيانا يندرج هذا التصميم تحت المناهج الوصفية، حيث يتم قياس المتغير التابع (و ليكن شدة الأعراض المرضية) بعد تعرّض المجموعة لمتغير مستقل

(أسلوب علاجي على سبيل المثال). وهذا التصميم لا يعطي استنتاجات عن علاقات سببية للمتغيرات موضع الدراسة ولكنه يعطي فروض عن تلك العلاقات.

<u>تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي</u> One-group posttest design:- وهو مثل التصميم السابق إلا أنه يتم القياس بعد تدخل المتغير المستقل (الأسلوب العلاجي) أيضاً. ومن ثم يشيع استخدام هذا التصميم لتقييم تأثير أساليب العلاج النفسي.

وقد ميّز كامبل وكوك (Cook & Campbell, 1979) بين التصميمات التجريبية الحقيقية وشبه التجريبية في أن الثانية تتوفر لها معالجات ومقاييس لتسجيل النتائج وظروف تجريبية إلا أن البحث لا يستخدم العشوائية في التعرض للظروف التجريبية وبالتالي لا يمكن إرجاع النتائج إلى المتغيرات المستقلة بشكل قاطع أو حاسم/ ومن ثم يقترح كامبل مسمى آخر للتصنيفات سابقة الذكر وهي تصنيفات عشوائية (التجريبية الحقيقية) وغير عشوائية (شبه التجريبية).

(٣) التصميمات غير التجريبية

ويمكن أن تصنف إلى:-

تصميمات وصفية ومن أمثلتها:

البحوث الوبائية الوصفية: وتهدف إلى تحديد النسب المئوية ومدى انتشار خصائص محددة مثل المشكلات النفسية،.

بحوث رضا العملاء: وهي تلك البحوث التي تصف مدى رضا العملاء عن الخدمة النفسية المقدمة لهم.

بحوث الوصف الظاهري phenomenological research:- وهي تهدف لوصف الخصائص الظاهرية لخبرة أو ظاهرة ما.

التصميمات الارتباطية:-

وتهدف هذه التصميمات إلى دراسة العلاقة الارتباطية بين متغيرين أو أكثر، ولا يمكن استخدامها للخروج منها باستنتاجات سببية أو علّية حيث أن

الارتباط لا يساوي السببية ولكنها يمكن أن تقدم مؤشرات لتلك السببية التي يمكن استكشافها من خلال تصميمات تجريبية.

ثانياً: تصميمات الفرد الواحد Single Subject Designs*

تعتبر تصميمات الفرد الواحد single subject design بأشكالها المختلفة توجها tradition هاماً في تاريخ العلم والتي تنال اهتمام متزايد(Jones, 1993) . ويُستخدم عند مناقشة تصميمات الفرد الواحد تعريفاً واسعاً يمتد من تصميمات الفرد الواحد في المواقف الأكثر طبيعية naturalistic إلى تصميمات الفرد الواحد الأكثر تجريبية. وتُستخدم هذه التصميمات تاريخياً في دراسة مجالات مثل الإدراك، التعلم، الذاكرة والسيكوفيزيقا. وقد اتجهت directed إلى مواقف بحثية لفهم خاصية محددة لفرد ما (مثل خلل نفسي أو نفسي عصبي محدد neuropsychological) وهذا ما سُمي دراسات حالة، بالرغم من أن هذا التمييز فقد معناه منذ سنوات، فيجب الفهم أن تصميمات الفرد الواحد قد تتضمن أكثر من مفحوص واحد في البحث. لذا يجب معرفة مصطلح تصميمات العينات الصغيرة small N design الذي بدأ استخدامه بطريقة مماثلة للكيفية التي يستخدم بها مصطلح تصميمات الفرد الواحد. تكمن الخاصية العامة لتلك المناحي في أن بيانات الفرد لا تدمج ضمن متوسط بيانات مقابلة لمشتركين (مفحوصين) آخرين. لذلك يستخدم البحث التجريبي للفرد الواحد مع بعض some what الاختلاف في الأساس الفلسفي underlying عن التصميمات التجريبية للمجموعات، والتي استخدمت رياضيات حساب التفاضل والتكامل calculus، الاحتمالية والإحصائيات الاستدلالية inferential لمساعدتنا في عمل القرارات البحثية. فتؤكد التصميمات السابقة التي بها عينة من أفراد ودرجة متوسطة للنتائج التجريبية للوصول إلى متوسطات مجموعة، بينما مناحي الفرد الواحد لا تتطلب ذلك التأكيد. حيث يفترض الأساس الفلسفي لتصميمات الفرد الواحد أن

---

*تم الاعتماد بدرجة كبيرة في كتابة هذا الجزء على الفصل الثاني عشر من كتاب

Ray, W. J. (2000). ***Methods toward a science of behavior and experience.*** **6th ed. U. S. A.: Wadsworth; Thomson Learning.**

العملية التي هي موضع الدراسة تكمن found داخل الفرد الواحد ويمكن ضبطها بشكل مناسب appropriately. وبالتالي تكون عينة sampling المشتركين بالبحث غير ضرورية. لا يفترض هذا أن القدرة على ضبط المتغيرات أو تحديد التعريفات الإجرائية غير مهم، على العكس تماماً quite the contrary، هذه العوامل ما زالت خطيرة critical في إثبات establishing العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع. وبالرغم من اختلاف تصميمات الفرد الواحد إلى حد ما، إلا أن قضايا الصدق الداخلي والخارجي أيضا موضع اهتمام (Mace & Kratochwill, 1986) ولفهم أفضل لبحث الفرد الواحد يلزم استعراض تاريخ هذه التصميمات باختصار.

تاريخ التصميمات التجريبية للفرد الواحد

يلاحظ أن معظم تجارب الفيزيائيات والكيمياء التي تُجرى في المدارس الثانوية high school تكون من فرد واحد في طبيعتها in nature. قد تقوم بقياس كميات فيزيائية physical quantities – الكتلة mass أو السرعة acceleration، على سبيل المثال – باستخدام نفس المفردة (مثل دحرجة الكرة ball rolling لأسفل على سطح منحدر inclined) عدد من المرات، أو قد تجرى تجارب لتحديد الخصائص الكيميائية لعنصر محدد. في عمل مثل هذه البحوث، لا يعتبر الاختيار عشوائي لعينة محددة من عنصر من كل العينات المتاحة ولكن لا يكون محدداً استخدام عينة ما متاحة من العنصر. في منحى علم الفيزياء التقليدي، لا يهتم الباحث بالعينة التي يتم دراستها ولا يتوقع تباينات واسعة في البيانات. على سبيل المثال، لقياس السرعة وزيادة السرعة في الفيزيائيات الكلاسيكية، بمجرد أن يدحرج الشخص كرة معدنية لأسفل ويقيس الانحدارincline ويعمل القياسات الضرورية. وقد يكرر العالم هذه الإجراءات عدد من المرات ولكن في النهاية يمكن تقرير تنبؤ محدد point prediction أو دقيق precise عن سرعة أو زيادة سرعة الكرة المعدنية التي تتدحرج أسفل على سطح منحدر. وبالمثل لتحديد خصائص properties عنصر كيميائي محدد، يتم أخذ جزء واحد ليس إلا كعينة لعمل القياس. وهذا يفترض أن كل عينة من العنصر – ذهب على سبيل المثال –

لديها نفس الخصائص الكيميائية، لأن كل عينة تكون متماثلة، ولا يوجد فائدة لأداء نفس التجربة على أكثر من عينة واحدة لنفس العنصر.

وقد استعار علم النفس والعلوم السلوكية عموماً من منحى وفلسفة العلوم الفيزيائية، خاصة المنحى المرتبط بالسير ايزاك نيوتن Sir Issac Newton الفيزيائي الكلاسيكي. فقد تناول سيجموند فرويد S. Freud (١٨٩٥ – ١٩٦٦) لعلمية علم النفس Project For Scientific Psychology، أوضح set forth أن مهمة علم نفس العلمي هي على نفس منوال الفيزيائيات والكيمياء.

في أواخر القرن التاسع عشر، أجرى هيرمان ابنجهاوس Hermann Ebbinghaus تجارب الفرد الواحد والذي بها قام بتعلم المقاطع الصماء nonsense syllables وبدأ الدراسة المنظمة لمعالجات الذاكرة (Ebbinghaus, 1985)، وقد استطاع ابنجهاوس توضيح أن الذاكرة تتأثر ببعض العوامل مثل عدد الكلمات في القائمة والوقت المنقضي بين تعلم القائمة وبداية استعادة المقاطع المتضمنة بها، وهذه عوامل مازالت تدرس في الوقت الحاضر عند دراسة الذاكرة.و مخافة أن يُعتقد أن هذا التوجه قد ضمر، يجب أن يُعرف بأنه لمدة ٦ سنوات – بداية من عام ١٩٧٢– كانت ماريجولد لينتون Marigold Linton تسجل على الأقل حدثين من حياتها كل يوم، وكل شهر تختبر قدرتها للتذكر، النظام، وتواريخ عينة من الأحداث قد سجلتها مسبقاً (Linton, 1982)

استمراراً لتاريخ البحوث التجريبية على الفرد الواحد، درس ثورنديك Thorndike (١٨٩٨) الذكاء باختبار قدرة قطط لحل المشكلات. كما استخدمت تصميمات الفرد الواحد في التوجه السيكوفيزيقي لكل من أرنست فيبر Ernst Weber وجوستاف فخنر Gustav Fechner لمقاييسهما الفيزيقية التي أوضحا بها مقياس فارق different scale للخبرة السيكولوجية،. في روسيا كانت دراسات إيفان بافلوف Ivan Pavlove الكلاسيكية – باستخدام كلاب فرديا – عن التشريط. كما بدأ سكنر B.F Skinner في الثلاثينات من القرن العشرين سلسلة من تجارب التشريط التي أكدت على مميزات virtues التصميمات التجريبية على الفرد الواحد. فقد استخدم سكنر الطريقة التي تُسمى "التحليل التجريبي للسلوك experimental analysis of behavior" على حمامة pigeon واحدة، فأر،

أو كائنات أخرى كمشترك تجريبي وضابط في نفس الوقت. وأحد العلامات البارزة hallmark في هذه المناحي هي أن البيانات التي يتم الحصول عليها من مشترك (مفحوص) واحد تبقى منفصلة separate حيث لا يتم التعامل معها إحصائياً ضمن بيانات المشتركين الآخرين. كما يمكن ملاحظة أن فكرة تصميمات الفرد الواحد قد امتدت منذ بداية علم النفس الحديث في نهاية القرن التاسع عشر، فلا يوجد حتى العشرينات من القرن العشرين غير العمل الإحصائي لفيشر R. A. Fisher على الأراضي الزراعية farming plots والذي بدأ إزاحته إلى علم النفس في التقييم الإحصائي بين المجموعات. ومع ذلك فإن فيشر ضمن include بحث الفرد الواحد في كتابه الأصلي. واعتماداً على طرق فيشر، كانت فكرة استخدام المجموعة الضابطة والتجريبية وقابلية تعميم النتائج أصبحت علامة بارزة في علم النفس، ولكن أحد المشاكل في منحى فيشر هو أن الفروق الفردية أصبحت تباين خطأ وعامة يتم تجاهلها من خلال حساب المتوسط كما يتم الحصول على الثبات stability من متوسط البيانات averaging data لعدد من المشتركين. واعتماداً على هذا التوجه كانت وجهة النظر السلبية تجاه مناحي الفرد الواحد، وجهة النظر تلك التي أظهرت بأن الدراسة لمشترك واحد مفرد تكون غير علمية وأن العلم الحقيقي هو الذي يجرى فقط على مجموعة من الأفراد. حتى ذلك الوقت، أوضح القليل minority من الباحثين أهمية المعرفة الجيدة لسلوك الأفراد منفردين single، حيث تأثروا بمنحى التشريط الإجرائي لسكنر، حيث أن مصطلح تصميم الفرد الواحد أكثر تواترا في هذا المنحى.

منذ عقود قليلة، فكّر عدد من الباحثين مرة أخرى في فهم المفحوص الواحد في علم النفس العلمي (مثل ;Franklin, Allison, & Gorman, 1997 .Herson & Barlow, 1976; Kazdin; 1982; Kratochwill, 1978; Sidman, 196 Valsiner, 1986). المهمة هنا لا تكون بسؤال أيهما أفضل؛ تصميمات الفرد الواحد أم المجموعات؛ ولكن التساؤل هو ما هي أنواع التساؤلات الخاصة لكل نمط من التصميمات بحيث تكون متفردة بقدرة الإجابة عليها. أشار ساندرسون وبارلو Sanderson & Barlow ١٩٩١، إلى أن قيمة الحالة الفردية – مثل

التصميمات الأخرى- تكمن في الإجابة على تساؤلات معينة في علم النفس الإكلينيكي. فقد خصصت مجلة علم النفس الإكلينيكي والإرشادي Journal of Consulting and Clinical Psychology جزءاً خاصاً لمناهج الحالة الفردية في عملية العلاج النفسي ونتائج البحث out-come research (Jones, 1993). ويعتبر أحد استخدامات تصميم الحالة الفردية يكون عملياً تماماً، فإذا كانت مهمتك هي العمل مع طفل توحدي لمدة السنة القادمة، ستحاول إجراء طرقاً مختلفة لانتباه الطفل مع المتوسطات الخاصة بتأثر سلوكه بتدخل علاجي ما، ومن هنا تقدم التصميمات التجريبية للحالة الفردية منهجاً لتحديد تكنيكات أفضل مع الفرد.

أنماط تصميمات الفرد الواحد Types of Single Subject Designs

عامة يمكن مناقشة غايتين مختلفتين purposes لتصميمات الفرد الواحد. الغاية الأول هو الوصف الأولي primary كما هو موضح بمنهج دراسة الحالة الذي استخدم طوال تاريخ علم النفس، حيث يكون المنحى الوصفي هو ملاحظة طبيعية الفرد الواحد أو ملاحظة متغير واحد بعد تطبيق معالجة معينة له. وفي نهاية الطرف الآخر يوجد تصميمات الفرد الواحد التي هي أكثر تجريبية في مقصدها وهي تتضح في الغاية الثانية من تصميمات الفرد الواحد والتي تكمن في أنه عندما يكون الهدف الأولي للبحث هو التركيز على كيفية تقديم عامل محدد يؤثر على جانب معين في سلوك الفرد، عندئذ قد تستخدم التصميمات التجريبية للفرد الواحد مثل التصميم العكسي reversal design أو تصميم خط الأساس المتعدد multiple baseline design.

غالبا ما تتكامل combined المقاصد الو صفية والتجريبية، فتوضح الدراسة الكلاسيكية من تاريخ علم النفس الصحي health psychology المحاولات المبكرة للوصول إلى ضبط تجريبي، في عام ١٨٩٥ ابتلع طفل عمره ٩ سنوات يدعى توم Tom بعض من شوربة "السمك الصدفي" الساخنة swallowed some scalding hot clam chowder.

بعد ٤٦ عاما أي في عام ١٩٤١ بدأ ولف وولف wolf & wolf (١٩٤٣) دراسة مباشرة لتأثير ردود فعل توم الانفعالية على معدته. عامة، وجد الباحثان أن الخبرات السلبية (مثل الإحباط) تؤدي إلى زيادة في حركة وإفراز

المعدة. أثناء ١٧ سنة تالية، تم المزج بين كل من مناحي الفرد الواحد التجريبية والوصفية لفهم وظيفة المعدة وعلاقتها بالانفعال. كذلك تم دراسة قدرة intense شخص ما في تقديم offers استبصاراً للنمط الذي تؤثر به الانفعالات على العمليات السيكولوجية وكيفية أن ذلك يؤدي إلى دراسات تجريبية مختلفة.فقد توصف أحياناً سلوكيات أو عمليات سيكولوجية لشخص ما تفصيلاً مع افتراض نموذج علمي لهذه السلوكيات أو لهذه العمليات المعرفية، التي يمكن أن تستخدم في إجراءات تجريبية مباشرة. وتهدف كل التصميمات التي يتم مناقشتها في هذا الفصل، القدرة على فهم ظاهرة، تدعم استنتاج ما، وعزل الفروض المتصارعة rival. ويلاحظ أن التصميمات التجريبية للفرد الواحد تكون ضـــرورية essential أحيانا للبحث العلمي.

(١) تصميمات دراسة الحالة Case Study Designs

<u>دراسات الحالة الطبيعية *Naturalistic Case Study*</u>: تعتبر دراسة الحالة من أكثر الطرق انتشاراً في الاستخدام لدراسة الأفراد (المفحوصين). وهي تعتمد على الوصف المنطقي، التحليل، التفسير، وتقييم مجموعة من الأحداث والعلاقات من خلال إطار عام framework أو نظرية (Bromley, 1986). يركز النموذج الوصفي لدراسة الحالة على المشكلة أو السلوكيات الشاذة exceptional. ويعتبر منحى دراسة الحالة منذ سنوات هو المنهج الأساسي لدراسة أي ظاهرة في الطب الإكلينيكي clinical medicine، علم النفس الإكلينيكي والعلوم العصبية. وتكمن فائدتها في القدرة على تقديم مضامين implications إكلينيكية لاضطراب محدد. أحد الأمثلة الكلاسيكية على ذلك مناقشة فرويد لدراسة حالة أنا Anna. وأيضا الوصف المطروح في كتاب مورتن برنس Morton Prince " تفكك الشخصية Dissociation of a personality " (١٩١٣). وقد وصف برنس حالة تعدد شخصية (تُسمى الآن اضطراب تفكك الهوية dissociative identity disorder).

تمتد الفائدة كذلك إلى وصف عمليات ليس من السهل اختزالها في متغير واحد. على سبيل المثال، وصف لوريا Luria ١٩٧٢ التفصيلي لمحاولة رجل ما للتغلب overcome على عجز deficit نيوروسيكلوجي بالجانب الأيسر مع

انشطار العالم "shattered world". وهذه القصة عن زاستسكي Zasetsky، العالم الروسي الصغير العبقري الذي كان جندياً في الحرب العالمية الثانية وأصيب برصاصة في رأسه. جرح زاستسكي وتلفت damaged في مناطق المخ التي تساعد على الحركة بالمكان أو فهم اللغة المعقدة، بينما المناطق التي تسمح للفرد في التحكم one's condition لم تتلف. عمل لوريا intriguing هو وصف ما لدى المريض من خبرات في فترة تزيد عن ٢٥ سنة. وبالمثل استخدم أوليفر ساكس Oliver Sacks ملخص دراسة الحالة ليعطي استبصاراً كيف يتم إدراك العالم من قبل الناس الذين لديهم اضطرابات إكلينيكية معينة.

وقد استخدمت دراسات الحالة ليس فقط لبحث الاضطرابات ولكن أيضا لبحوث الإمكانية potential على سبيل المثال، استخدم ماسلو Maslow (١٩٧٠) تكنيك دراسة الحالة لبحث أفراد شواذ exceptional اعتبرهم محققين لذواتهم self actualizing. وبالمثل منذ القرن القرن التاسع عشر، احتفظ علماء نفس النمو بسجلات نمو أطفالهم (Bolgar, 1965)؛ كما في حالة جان بياجيه J. Piaget، حيث أدت ملاحظاته إلى نظريته الأخيرة في النمو المعرفي.

<u>*دراسات حالة المحاولة الواحدة One Shot Case Studies:*</u> دراسة الحالة هي طريقة لتقديم وصف عام للموضوع موضع الدراسة، ويوجد استخدام أكثر تحديداً specific لتصميم دراسة الحالة، حيث تكون قصصية وتلخص الملاحظات المباشرة للمجرب على سلوك المشترك بعد إجراء نوع ما من المعالجة كما يمكن أيضا استخدام دراسة حالة المحاولة الواحدة والذي يوضح في الشكل رقم (١). وقد افترض جوتمان Gottmann ١٩٧٣ أن ملاحظة دراسة الحالة النظامية تقدم للمعالجين دلالات للمعلومات التي يحصلون عليها بعد تدخلات محددة في العلاج أثناء سير سلسلة من الجلسات.

و يمكن استخدام حالة المحاولة الواحدة one shot case study،. – بالرغم من كونها أقل قوة powerfully – في أسلوب استعادة الأحداث retrospective لدراسة تأثيرات حدث ما تم حدوثه في الماضي. كدراسة ردود الفعل لأشكال متنوعة من الصدمة على سبيل المثال، فقد نشر سكوفيل وملينر Scoville & Milner ١٩٥٧ دراسة حالة وصف بها تأثير استئصال جراحي surgical

removal لمنطقة حصان البحر لرجل ما- تلك الدراسة أصبحت كلاسيكية في المجال – والتي من نتائجها أن هذا الرجل بالرغم مما لديه من قدرة على تذكر الأحداث الماضيه، إلا أنه لا يتذكر الحاضر، فهو يقرأ الصحف أكثر من مرة دون أن يحتفظ بالمعلومات التي يقرأها. من خلال تلك الدراسة، تم الحصول على معلومات وفيرة wealth عن الذاكرة. تلك المعلومات تم مناقشتها، والعديد من دراسات الحالة الحديثة عن المشاكل الذاكرة التي تحدث في الطبيعة naturally occurring مثل فقدان الذاكرة amnesia (Squire & Zola-Morgan, 1991).

استجابة	معالجة	فرد واحد
O	×	

شكل رقم (١) تصميم دراسة الحالة للمحاولة الواحدة، تشير "x " في الشكل إلى المعالجة المقدمة للفرد الواحد؛ تشير " O " إلى ملاحظات المجرب.

يلاحظ من خلال الشواهد in stances – مثل تلك التي وصفها سكوفيل وميلنر Scoville & Milner- أن دراسة الحالة يمكن أن تكون أداة مفيدة في البحث. فقد تشير الملاحظات إلى فروض جديدة توضح demonstrate ظاهرة نادرة، أو توضح الشواذ لإقرار الحقائق.

لذلك، تصميم دراسة الحالة يمكن أن يقدم توضيحات مبدئية initial ذات قيمة valuable لظاهرة جديدة، والتي يمكن عندئذ أن تدرس بعناية بطرق تجريبية أكثر صرامة rigorous. وبالمثل يمكن أن يؤدي منحى دراسة الحالة إلى نماذج وتنظيرات perspective مهمة ليست متاحة مع الطرق التجريبية التقليدية. ومع ذلك – كما في التصميم التجريبي- لا تعطي دراسة الحالة القدرة على عمل استنتاجات قوية كما في تصميم المجموعة الواحدة single group (تصميم القياس القبلي – البعدي) حيث يوجد عدم ثقة بأن الملاحظات لا تكون بالدقة الكافية. لأن القصور في إجراءات الضبط، لا يمكننا من معرفة العوامل

المسببة وعدد المتغيرات المتدخلة التي قد تكون مهددة والمصاحبة للمعالجة. لذلك قوة استنتاجاتنا، تهتم أكثر بالتجريب المعتمد على تصميمات الحالة الفردية.

أشار كازدن Kazdin ۱۹۸۲ إلى أن الخطأ في تصميم الفرد الواحد ليس بالاسم misnamed فقط، ولكن أن به أيضا سوء فهم misunderstood. يعتقد كازدن أن به خطأ بالاسم لأن تصميم الفرد الواحد أحيانا قد يستخدم مع عدد كبير من المشتركين، كما يعتقد أن تصميم الفرد الواحد به قدر من عدم الوضوح لأن البعض يعتقد انه ليس تجريبياً حقيقياً لذلك لا يمكن الكشف عن علاقات سببية بين المتغيرات أو التعميم generalize أبعد من beyond من المشتركين القلائل موضع الدراسة. يعتبر كازدن هذا هو عدم فهم لمفهوم التعميم، ناقش كامبل Campble أيضا هذه النقطة بافتراض أن تعميم دراسة الفرد " يجب ألا ينقص من قيمة ما هو معروف بتعميم المجموعة التي يقاس لها بعديا فقط (Cook & Campble, 1979). ويجب التنويه بوجود محددات للتصميمات التجريبية للفرد الواحد، كما يوجد مع أي تصميم آخر. مع ذلك، يوجد مواقف تكون تصميمات الفرد الواحد بديلاً هاماً للتصميم التجريبي التقليدي.

(٢) التصميمات التجريبية للفرد الواحد Experimental Single Subject Designs

يمكن إجمال أهمية الدراسة التجريبية من خلال فرد واحد في النقاط التالية:

١- هناك بعض الحالات المرضية النادرة والتي يصعب على الباحث جمع عينة مكونة من مجموعة أفراد لإجراء بحوث عليها وذلك مثل حالات الازدواج الجنسي bisexuality، حالات تعدد الشخصية.

٢- الكشف عن دقائق التغيرات التي تطرأ على عمليات سيكولوجية – وظائف أو قدرات – معينة داخل الفرد سواء كانت لمعالجة متغير مستقل محدد أو للتطورات العمرية.

٣- التغلب على بعض الاعتراضات الأخلاقية التي تقابل التصميمات التجريبية للمجموعات عندما يكون هدفها - على سبيل المثال - المقارنة بين مجموعات مرضية لمعرفة مدى فعالية علاج ما.

٤- إعطاء الفرصة للأخصائيين الإكلينيكيين الممارسين في عمل البحوث العلمية والاستفادة من المادة العلمية المتجمعة لديهم من خلال الممارسة. (سويف، ١٩٨٧).

تستخدم التصميمات التجريبية للفرد الواحد لتحديد الطريقة التي يؤثر بها متغير واحد على آخر. لأن تصميمات الفرد الواحد لا تعتمد على نفس الاعتبارات المنهجية مثل الطرق التجريبية التقليدية، فمهمة ضبط المتغيرات الدخيلة extraneous تتطلب نمط منهجي مختلف. ويمكن الإشارة هنا بأنه حتى عندما لا تستخدم أساليب الضبط التجريبي التقليدية، يمكننا رفض الفروض البديلة alternative، اعتماداً على الأرضية المنطقية.و أحد الطرق الرئيسية التي بها التصميمات التجريبية للفرد الواحد تحقق هذا الهدف تكون من خلال استخدام منحى السلسلة الزمنية time series approach، (انظر Kratochwill, 1978).

منحي السلسلة الزمنية

يفرض منطق منحى السلسلة الزمنية سلسلة من القياسات عبر الزمن. وهي تشكل أساس المقارنة مع سلسلة أخرى من القياسات بعد المتغير المستقل (المعالجة) فيمكن أن تتخيل سلسلة قياس لخط قاعدي أكثر اتزانا stable، ومن السهولة تقرير establish تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع. لذلك فبناء خط الأساس يكون مهم جدا حيث يكون نقطة مرجعية لكي يمكن مقارنة التغيرات المتعلقة بتقديم المتغير المستقل. وأكثر من ذلك، فخط الأساس يعطي المنطق لكيفية ثبات المتغير التابع عندما يكون المتغير المستقل غير موجود. لذلك يمكننا رؤية نمط مختلف من الاستجابة responding عند وجود المتغير المستقل مقارنة لعدم وجوده، ويكون لدينا دليل ما لاستنتاج أن المتغير المستقل له أثر على المتغير التابع. فإذا كان نمط القياسات عبر الوقت لسلسلة من خط الأساس وأخرى تحت شروط المعالجة، هذا يسمى استعادة داخل الفرد-intra

subject replication(مثل النمط الذي يكرر داخل فرد واحد)، ولكن من المهم وضوح المتغير التابع من خلال وصفه في التعريفات الإجرائية. أيضا يختلف التعامل مع البيانات في بحث الفرد الواحد، فليس مثل التصميمات التقليدية التي بها البيانات هي متوسط لعدد من المشتركين، بينما يتساءل بحث الفرد الواحد عما إذا كانت البيانات من كل مشترك تستعيد نفس نمط البيانات من المشتركين الآخرين. وهذا ما يُسمى أحيانا استعادة خارج الشخص inter-subject replication (مثل نمط التكرار بيـــن المشتركين أو المفحوصين).

قد تقدم دراسة الحالة نمط جيد من المعلومات عندما يكون الهدف هو ملاحظة التغير في فرد واحد. وفي هذه الحالة، متوسط التغير في كل المرضي أو المشتركين تعطي صورة غير صحيحة عن التغير. ولتوضيح هذه النقطة، افترض أن العلاج الذي يكون له تأثير ايجابي في نصف المرضى وتأثير سلبي في النصف الآخر. فإذا حسبت متوسط المجموعة، قد يحدث استنتاج خاطئ بأن العلاج لا يؤثر على المرضى. لذلك في بعض الحالات تكون الدراسة أكثر دقة عند تسجيل عدد منتظم من دراسات الحالة الفردية أكثر مـــن تســـجيل بـــيانات مجـــمـــوعة، فقد أوضح موراس، تيلفر وباولو Moras, Telfer & Barlow ١٩٩٣ أن استخدام تصميم الحالة الفردية في علاج شخص من كل من اضطرابي القلق العام والاكتئاب. وقد قدموا هذا التصميم أيضا بقصد إظهار فاعلية مناحي علاجية جديدة التي قد تدعم إمكانية إجراء بحوث على مدى واسع.

و يعني ما سبق أن إجراءات الدراسة التجريبية للحالة الفردية تتم في الخطوات التالية:

١) تكرار القياسات.

٢) اختيار خط الأساس، حيث يكون هو الأساس في تقويم أثر المتغير المستقل (على سبيل المثال الأسلوب العلاجي)، كما أنه الأساس في التنبؤ بفاعليته. تنطوي هذه الخطوة على مشكلات هي: (أ) ثبات خط الأساس: فالسلوك المستهدف غالبا يكون سلوكا مذبذبا لذلك من الضروري أخذ عينة

سلوكية طويلة إلى حد ما لكي يمكن الوصول إلى خط أساس ذو نمط ثابت من حيث التذبذب؛ (ب) يوجد عدد من أنماط خط الأساس مثل خط الأساس المستقر، خط الأساس المتزايد، خط الأساس المتناقص، خط أساس متغير، ولكل من هذه الأنماط له مشكلاته المنهجية التي يجب أن يجد حلولا لها.

٣) تغيير المتغيرات المستقلة واحداً بعد الآخر، حيث أن القاعدة الرئيسية في التصميمات التجريبية للحالة الواحدة أن يقتصر التحكم في متغير مستقل واحد فقط.

٤) تناول المتغير المستقل للكشف عن العلاقة العلّية بينه وبين المتغير التابع. (سويف، ١٩٨٧)

و فيما يلي بعض التصميمات التجريبية للحالة الفردية.

التصميم العكسي Reversal Design: هو تصميم شائع لبحوث لفرد الواحد. ويأتي مصطلح عكسي من التنقل shifting في هذا التصميم من مرحلة خط الأساس إلى مرحلة شروط المعالجة. المنطق الذي يوجد وراء behind التصميم العكسي بسيط وهو: إذا كان الفرد يسلك بطريقة ما قبل تعرضه للمعالجة المقترحة، ويسلك باختلاف تام بوجود المعالجة، عندئذ يمكن العودة إلى الحالة الأصلية عندما تزاح تلك المعالجة، والتغيرات النهائية مرة أخرى عندما تكون المعالجة موجودة مرة ثانية، ومن المنطقي it is reasonable أن يشك في التذبذب بسلوك المشترك (المفحوص) نتيجة إلى المعالجة. من الصعوبة تخيل أن تأثير المتغير الدخيل قد يختلف بطريقة متوازية مع تأثير المعالجة لإنتاج نفس التذبذب في سلوك المشترك ومع ذلك هذه الاحتمالية لا يتم التحكم بها تماما.

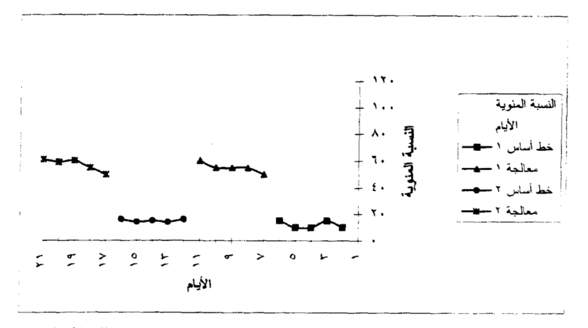
وقد تستخدم التصميمات العكسية أي عدد من المرات. على سبيل المثال، التصميم الذي يقيس سلوك المشترك (المفحوص) قبل، أثناء، وبعد المعالجة والذي يُسمى ABA. فمرحلتي قبل وبعد المعالجة تسمى A، ومرحلة المعالجة تسمى B. أثناء "A" مرحلة خط الأساس يظهر قياس في عدم وجود المعالجة. (ويجب أن يُلاحظ وجود عدد من الملاحظات عبر الوقت بعد A أو B)

الافتراض، يفترض أن فترة خط الأساس تسمح بمراقبة السلوك عبر فترة زمنية بدون أي نمط من التدخل intervention. يتم ملاحظة سلوك المفحوص أثناء المرحلة B من التصميم، أي أثناء التدخل أو المعالجة.و كما في أي تصميم تجريبي، من الضروري تحديد واضح وعرض المعالجة state treatment وتسجيل الملاحظات عبر فترات زمنية التي توجد/ لا توجد بها المعالجة، حتى تكون هناك قدرة على تحديد تأثير تقديم تلك المعالجة. في التصميم التجريبي العكسي ABAB، يوضح باختصار في الفقرة السابقة كما يوضح في الشكل رقم (٢).

	A خط الأساس	B المعالجة	A خط الأساس	B المعالجة
		X		X
فردواحد	O1	O2	O3	O4

شكل رقم (٢): تمثيل للتصميم العكسي للحالة الفردية التجريبية ABAB. تشير العلامة X إلى المتغير المستقل؛ O تمثل الملاحظات السلوكية الخاصة بالفرد.و يلاحظ أن O1 وO3 تمثل الملاحظات الخاصة بالمتغير التابع عدم وجود المعالجة أو المتغير المستقل، بينما O2 وO4 تمثل الملاحظات مع وجود المتغير المستقل أو المعالجة.

ويصور الشكل رقم (٣) نفس التصميم ولكن بطريقتين مختلفتين، فيلاحظ أنه في بعض المجالات البحثية يفضل طريقة ما من التخطيط diagramming أكثر من الأخرى، بالرغم من أن كلاهما نفس التصميم تماماً.

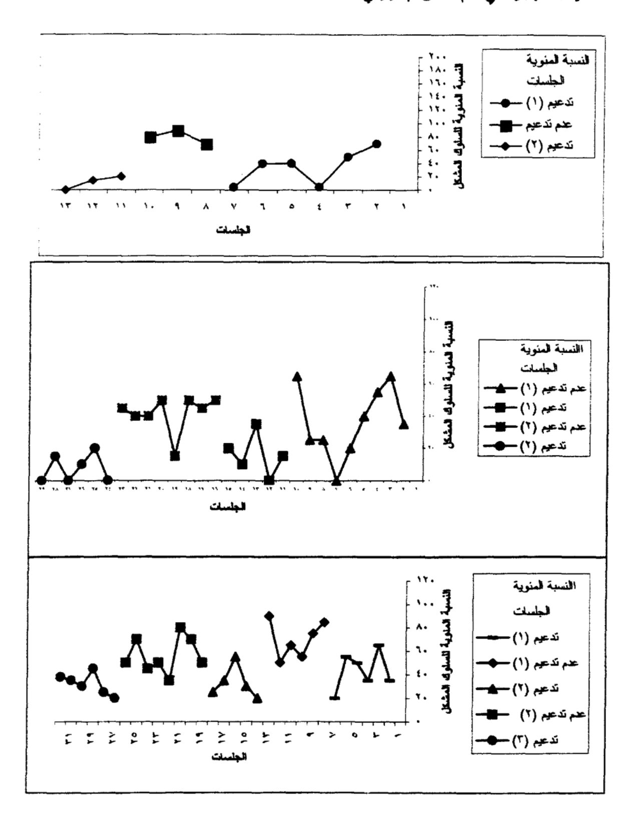


الشكل رقم (٣): يمثل طريقة بديلة من التصميم العكسي ABAB للحالة الفردية اعتمادا على أن المتغير التابع، والتغير في خط الأساس بناءاً على المعالجة (مثل زيادة النسبة المئوية لفترات السلوك الصحيح) أو بالنقص (انخفاض النسبة المئوية لفترات السلوك المشكل)

يختلف تصميم ABAB للمقارنة بين شروط معالجتين كل يقابل الآخر عن المقارنة بخط الأساس. استخدم داير ودونلاب وينترلنج Dyer, Dunlap & Winterling ١٩٩٠ هذا التصميم العكسي مع طلاب من ثلاث مدارس متخصصة للمتأخرين عقلياً لدراسة السلوكيات المشكلة للمشتركين (للمفحوصين). وقد أراد هؤلاء الباحثين تحديد إذا ما أُعطي الطلاب مهام اختيار ومدعمات هل ستنخفض سلوكياتهم المشكلة، مثل العدوانية، إيذاء الذات self injury، وثورات الغضب tantrums. كان المتغير التابع في الدراسة هو النسبة المئوية للفترات الزمنية intervals التي تتضمن أمثلة من السلوكيات المشكلة التي تكون خاصة بكل طفل. لأنه من المهم قياس المتغير التابع لظهور الثبات reliabilityو قد تعاون مجموعة من الملاحظين مع هؤلاء الباحثين لتقدير شريط فيديو للجلسات. وقد وجد اتفاق عبر المقدرين raters بنسبة ٩٢ % لملاحظة السلوكيات المشكلة. ويتضح في الشكل رقم (٤) نتائج الطلاب حيث استخدم الموضح تصميم ABA للطفل الأول، وABABللطفل الثاني، وABABA للطفل

الثالث (A = الاختيار الخاص بالطالب، B = اختيار المدرس وليس للطالب اختيار).

من الممكن أيضا المعالجة التجريبية treat لمجموعة كما لو كانت مشترك (مفحـــوص) واحد، وقد يستخدم التصميم العكسي. ومثالا لذلك فقد درس ايسلند، راجنارسون وبجورجفيسون Ragnarsson & Bjorgvinsson Iceland ١٩٩١ تأثير العلاقات المكانية placing signs طوال الطريق السريع highway على انخفاض سرعات السائقين. استخدم الباحثون التصميم العكسي ABCA، على أن تكون A هي خط الأساس، B إزاحة (إبدال) placement إشارة أو علامة واحدة طوال الطريق السريع، C إبدال علامتين. العلامة الأولى هي قراءة عبارة "بالأمس كانت بالنسبة المئوية للذين قادوا السيارة هنا بالسرعة الصحيحة YESTERDAY % DROVE THROUGH HERE AT THE RIGHT SPEED والعلامة الثانية هي قراءة عبارة " تقرير التحسن بدرجة أكبر من نسبة مئوية % BEST RECORD SO FOR ". تم اختيار النسب عشوائيا من الأعداد ٨٥ إلى ٩٥، ولم تعتمد على الملاحظات الواقعية. كانت سرعة السيارات التي كانت تعبر passing العلامات المتغير التابع. وللتأكد من الدقة، تم قياس سرعة السيارات بملاحظة الرادار، اقتصر خط الأساس الأولي (A) في هذه الدراسة



الشكل رقم (٤): يوضح نتائج دراسة على ثلاثة طلاب بتميم ABA

على ٨ جلسات (مرات) لمدة ٤ أيام، واقتصر شرط العلامة المزدوجة (C) على ٢٤ جلسة لمدة ١٢ يوما، وتم إزالة كلا العلامتين وتم قياس السرعة لعشر جلسات على مدار خمسة أيام. أشارت النتائج إلى أن نظام العلامات خفض نسبة سرعة القيادة إلى أكثر من ٧٠ كـم /ساعة من ٤١ % أثناء خط الأساس إلى حوالي ٢٠ %. نسبة المسرعين على "عشر" جلسات (مرات) على مدار خمسة أيام. اقتصر شرط العلامة الواحدة (B) زادت أثناء خط الأساس الثاني.

من المهم الاحتفاظ في الذهن أن التصميم العكسي، يستخدم مع ظاهرة قابلة للانعكاس reversibility أي لسلوك ما يظهر أو يختفي تحت شرط المعالجة التجريبية. ويعني ذلك أن أحد محددات التصميم العكسي هو إمكانية إجراءه فقط عند دراسة تأثير شروط معالجة على سلوكيات التي تعود بسرعة لمستويات خط الأساس بمجرد أن تنقضي تلك المعالجة. وحيث أن تأثير كل المعالجات لا يكون عابرا، لا يمكن أن يستخدم هذا التصميم عندما يتم التعامل مع معالجات تكون نتائجها أكثر استمرارية في تغيير shifts السلوك،. ولكن عند الاهتمام بدراسة التأثيرات لفترة طويلة long lasting لمتغيرات مستقلة متنوعة على أكثر من مشترك (مفحوص) فرديا، يكون أحد الحلول لذلك هو استخدام تصميم خط الأساس المتعدد، والذي سيناقش فيما يلي.

تصميم خط الأساس المتعدد Multiple Baseline Design:

وهو مثل التصميمات العكسية التي تم مناقشتها سالفا، فخط الأساس المتعدد، تصميم تجريبي للفرد الواحد يعتمد أساساprimarily على منطق الحصول على درجة من الضبط التجريبي. ففي تصميم خط الأساس المتعدد، يتم مراقبة سلوكيات متعددة several لشخص واحد في نفس الوقت. وبمجرد تأسيس مستويات خط الأساس لكل سلوك، تطبق المعالجة التجريبية لأحد هذه السلوكيات. يستنتج inferred من احتمالية العلاقة السببية حقيقة أن السلوكيات المتعددة التي يتم مراقبتها والتي لم يتم معالجتها تبقى بدون تغيير، فقط السلوك المعرض للمعالجة التجريبية هو الذي يتغير، بمجرد أن يتم ملاحظة الإزاحة السلوكية، تطبق المعالجة للسلوك التالي وهكذا. وتكمن وراء هذا التصميم فكرة

أن سلوكيات خط الأساس من غير المحتمل إزاحتها بالصدفة فقط، فكل سلوك يستقبل received المعالجة هو الذي يتغير. ومن هنا يكون كل مشترك (مفحوص) ضابطاً لنفسه. وبالتالي فإن تصميم خط الأساس المتعدد وإزاحة مستويات خط الأساس للمعالجة المطبقة تعطي لنا علاقة عليّة متوقعة العلاقة بين السلوك والمعالجة. وليس كالتصميمات العكسية التي تستخدم فقط للسلوكيات التي بها استعداد لقابلية العكس reversible، حيث أن تصميمات خط الأساس المتعدد يمكن أن تُستخدم للسلوكيات التي يكون تغيرها مستمر أو دائم permanently بالمعالجة التجريبية. ويوضح في الشكل رقم (٥) تمثيلاً لنسق خط الأساس المتعدد في تصميم الفرد الواحد

A خط أساس خط أساس خط أساس معالجة خط أساس

B خط أساس خط أساس معالجة خط أساس خط أساس

C خط أساس معالجة خط أساس خط أساس خط أساس

D معالجة خط أساس خط أساس خط أساس خط أساس

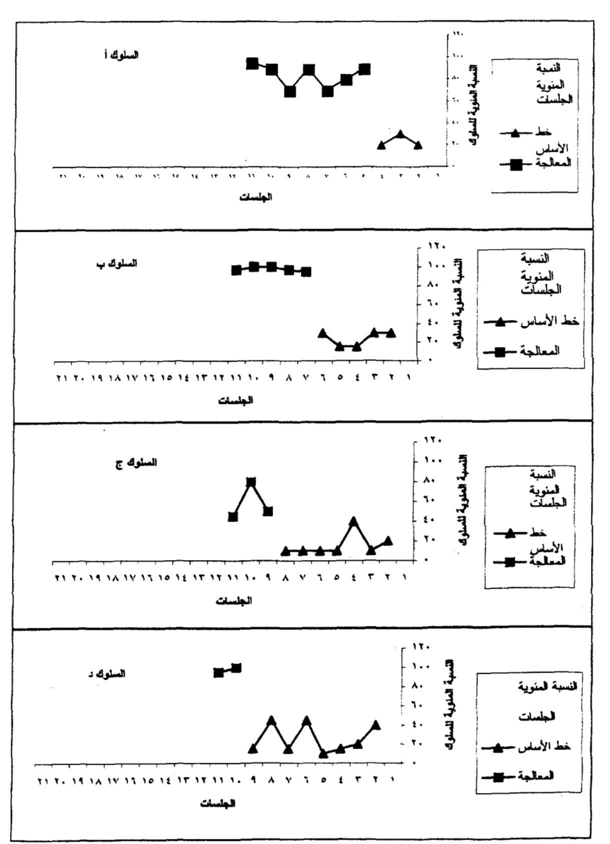
سلوكيات متعددة لفرد واحد

شكل رقم (٥) تصميم خط الأساس المتعدد في هذا التصميم سلوكيات متعددة (A, B, C, D) تلاحظ في نفس الوقت. والمعالجة تنطبق بنجاح لكل من هذه السلوكيات. بقية continuation قياسات خط الأساس بعد المعالجة أحيانا ما يهمل. ويلاحظ أن الدليل المقترح لعلاقة سببية تتكون من إزاحة ناجحة في نشاط خط الأساس لكل سلوك متاح يتلقى شرط المعالجة.

استخدم هيرسين وبللاك Hersen & Bellack ١٩٧٦ تصميم خط الأساس المتعدد لتحقق من فعالية برنامج علاجي لمريض فصامي يعاني من قلة التواصل little contact مع الآخرين، ونادراً ما يقدم على المحادثة conversation، ومتوافق compliant مع المتطلبات غير المعقولة unreasonable requests. تكوّن العلاج من تدريب علي تنمية المهارات التوكيدية ومهارات عمل تواصل مع الآخرين. وقد تم عمل قياسات لكمية التواصل البصري أثناء

الكلام، وكم الكلام بدون أن الإطالة والتردد، وعدد الطلبات من شخص آخر، وعدد الطلبات غير المعقولة وغير المتوافق معها وذلك في خط الأساس وجلسات العلاج. يتطلب هذا التصميم خطوط أساس لأربع قياسات ولأن المعالجات تُقدم في جلسات مختلفة لكل من السلوكيات لكي تتغير، بينما القياسات لكل السلوكيات مستمرة. يساعد هذا النمط من التصميم في تحديد إذا ما كان العلاج يكون خاص بسلوك معين أم يمتد لسلوكيات أخرى (انظر الشكل رقم ٦).

تختص concerning حدود تصميم خط الأساس المتعدد في أن السلوك الذي يلاحظ monitored يجب أن يكون مستقلاً عن السلوكيات الأخرى، كما يجب ألا تكون السلوكيات التي نراقبها مرتبطة داخلياً interrelated بارتفاع لأن التغير في سلوك ما يؤدي إلى نتيجة موازية في السلوكيات الأخرى حتى بالرغم من أن المشتركين (المفحوصين) لم يتلقوا شروط علاجية لها. فإذا كانت السلوكيات موضع البحث معتمدة فيما بينها interdependent، عندئذ الكشف unfolding المتتابع successive لإزاحة خط الأساس يشير إلى تطبيق متتابع successive application لشرط معالجتنا يمكن أن يهدم destroyed، مما يفقد هذا التصميم كثيراً من فائدته. على سبيل المثال، لاحظ كازدن Kazdin ١٩٧٣ أن هذا التصميم قد تكون قيمته محددة في دراسة سلوكيات الفصل الدراسي غير الملائمة لأن العديد من هذه السلوكيات ترتبط فيما بينها وأي علاج يكون فعال في سلوك ما يؤثر بالمثل في السلوكيات الأخرى. وبالرغم من أن العلاقة الداخلية لهذه السلوكيات قد تُيسر في النهاية eventually أي برنامج تدخل يكون موضع التنفيذ implemented.



الشكل رقم (٦) تصميم خط الأساس المتعدد. هذا النمط يتمثل كما ظهر في الشكل رقم (٥). قياسات خط الأساس في هذه الحالة لا تستمر بعد شروط

المعالجة المقدمة. وحروف أ، ب، ج، د تمثل سلوكيات مختلفة للمشترك (المفحوص)، ونفس السلوك لمشترك ما في مواقف مختلفة ونفس السلوك لمشتركين مختلفين.

تصميم العنصر المتعدد Multielement design: في تصميم العنصر المتـــعدد، هو مقارنة مستويات مختلفة من المتغير المعطى given (مثل علاج في مقابل عدم علاج) ومعالجات مختلفة أخرى. هذا التصميم أيضا يُسمى تصميم المعالجة المتناوبة أو المتبادلة alternating treatment design أو تصميم المعالجة المتزامن simultaneous treatment design لأنه يتحقق tests من معالجات متناوبة (Hains & Baer, 1989). على سبيل المثال، يمكن أن يسأل المدرس " ما الإجراء الأفضل لمساعدة الطفل الذي يعاني من صعوبات تعلم لدفعه إلى to pay الانتباه ؟ كل إجراء يشكل form علاجاً مختلفاً ويمكن دراستها على أيام متتالية متبادلة alternate أو فترات مختلفة في نفس اليوم. وبالمثل يمكن أن يدرس الباحث تأثيرات ثلاث عقاقير مختلفة على ذاكرة مفحوص من كبار السن، كل منها في يوم مختلف. فإذا كنا ندرس أساليب علاجية، عندئذ يكون التصميم مماثل لتصميم العكسي ABAB التي تم مناقشته مسبقاً. ويتضح أن العامل الأساسي في تصميم العنصر المتعدد هو أنه يدمج incorporate العديد من التصميمات العكسية reversals لمعالجات قد تقدم paced بطريقة سريعة.

و قد أشار هانز وبير Hains & Baer ١٩٨٩ إلى وجود عدد من الفوائد advantages لهذا التصميم. إحداها أنه بين اتجاهات عكسية reversals متكررة frequent من المعالجات، ولديه القدرة لاختبار التغيرات داخل سياق من أرضية متغيرات التي يصعب أو يستحيل تغييرها، ففي إطار setting المدرسة، المتغيرات التي تعتبر أرضية background يمكن أن تتضمن المناخ الجوي weather، دورة cycleالأنشطة خارج المقرر الدراسي extra curricular، التغيرات في تكوين composition الفصل الدراسي، فائدة أخرى لهذا التصميم هي أن أي فروق في تأثيرات معالجات مختلفة تظهر بسرعة.

يحدد التصميم في كونه الأفضل في قياس التغيرات التي تحدث لفترة قصيرة، على سبيل المثال، دراسة تأثيرات عقاقير مختلفة على الذاكرة يمكن فقط إذا كانت تأثيراتها غير دائمة على المفحوص (المشترك). لذلك هذا التصميم مفيد لدراسة كل من العلاج وتأثيره الذي لا يدوم فترة طويلة. إذا وجدت تأثيرات طويلة الأمد، فالتأثيرات في مدد terms متتابعة أو النظامية والتي تظهر عندما يوجد علاج متعدد أو مركب multiple (مثل عقار A وعقار B وعقار C) فيمكن أن يوجد علاج ما يتأثر بالعلاج الذي يسبقه. لذلك من الممكن أن يكون قياس تأثيرات العقار B متأثر بالعقار A الذي يسبقه. وعلاج هذه المشكلة يكون بالمقابلة المتوازنة للمعالجات.

كما أن الموازنة المتقابلة لا تستبعد التأثير المنظم order effect، ومع ذلك تصميم الفرد الواحد، أي تأثير منظم يمكن أن يكون منظور visible عبر السلسلة الزمنية، على سبيل المثال، إذا كانت دراسة الذاكرة تستخدم ثلاث عقاقير عبر فترة زمنية، في نظام الموازنة المتقابلة يكون لدينا شرط خط أساس أصلي أو أولي initial يتبع بمقارنة العقاقير كل بالآخر ويتبع بشرط خط الأساس النهائي. وذلك يكون كل يوم يمكن أن يعطي المجرب للمفحوص أحد العقاقير أو شرط خط الأساس في نظام الموازنة المتقابلة عبر فترة من الوقت، في السلسلة الزمنية يمكن ملاحظة ليس فقط العقار الذي يزيد من الذاكرة ولكن أيضا عما إذا كان أحد نظم الموازنة المتقابلة تعطي تأثيراً مختلفاً، وذلك يكون بالكشف عن أن عقار B المقدم عامة overall يزيد من الكلمات المتذكرة عندما يعطي بعد العقار C أو بعد عدم وجود عقار (شرط خـــط الأساس) ولكن لا يزيد الكلمات (الذاكرة) إذا أعطي بعد العقار A.

معنى النتائج التجريبية للفرد الواحد Making Sense of Single Subject Experimental Results:

بمجرد أن تجرى تجربة على فرد واحد يلزم وضع قرار فيما يختص بالذي انتهت إليه. أولى الخطوات تكون في ظهور البيانات في شكل رسم بياني graphic form– كما هو موضح خلال هذا الفصل – فقد أوضح كول وبورخولدر Call & Burkholder ١٩٩٨ كيف أن ظهور الرسوم البيانية للفرد

الواحد والتي تستخدم والمتاحة حاليا هي صحف ورقية تساعد في تفسير interpretation التمثيلات البيانية، ويوجد عدد من الإرشادات guidelines مقترحة للتأكد من اتساق consistency التمثيل presentation والتفسير (Frankline, Gorman, Beasley & Allison, 1998). فكيف يمكن معرفة أن النمط الخاص من النتائج التي تم جمعها له معنى ؟. الأداة الرئيسية هو ما لدي الباحث من منطق. كما ذُكر سابقاً، وإذا كانت التغيرات في المتغير التابع تحدث عندما تم إدخال المعالجة، عندئذ يكون لدينا دليل بأن المعالجة التجريبية تؤثر على المتغير التابع. الأداة الأخرى هي استخدام الاستعادة replication. وهي القدرة على إعادة إنتاج reproduce نفس العلاقة عدد من المرات يوحي بأن تلك العلاقة ثابتة. في الحقيقة الباحثون الذين يستخدمون تصميمات الفرد الواحد يفترضون بأنهم يحصلون على علاقات أكثر ثباتاً بإجراء نفس التجربة عل مشترك ما (أو قليل من المشتركين) مائة مرة أكثر من استخدام مائة مشتركاً (مفحوصا)، مع كل إجراء تجريبي وكما افترض، يعمل النمط العكسي للتصميم فقط في مجالات التي بها التغير التجريبي غير دائم في الكائن موضع الدراسة. وليس بالمثل فإن الإجراءات التجريبية التقليدية لا تقدم مستوى قاطع cut off كمستوى الاحتمالية (٠٠٠٥ ,) لذلك يجب أن يحدد الباحث معنى النمط الذي يلاحظه. ولهذا السبب باحثي تصميم الفرد الواحد غالباً ما يحددوا معيار التغير قبل بداية التجربة ويواصلوا أيضا المعالجة المقدمة حتى يحصلوا على هذه الدرجة من التغير.

أنماط بديلة لبحث الفرد الواحد Alternative Types of Single Subject Research:

ركز هذا الفصل على تصميمات الفرد الواحد الأكثر تقليدية، والتي لا تعتمد على الإحصائيات الاستدلالية؛ ومع ذلك يوجد توجه حديث لاستخدام إجراءات استدلالية في دراسات الفرد الواحد (Gorman & Allison, 1998). فقد قرر العديد من الباحثين استخدام مناحي الفرد الواحد مع تصميمات المجموعة. على سبيل المثال، مزج اريكسون وبولسون (Ericsson & Polson, 1988 a;b) اتجاهات بحثية متنوعة لفهم أفضل لعمليات الذاكرة اليومية، فقد أراد الباحثان

دراسة القدرة على تذكر جرسون waiter معين - الذي كان لديه القدرة على تذكر طلبات العشاء من أكثر من (٢٠) فرداً على طاولات مختلفة بدون كتابتها - للحصول على ضبط تجريبي، أعاد اريكسون وبولسون تنظيم مطعم في المعمل. وقد درسا تفاصيل كثيرة للأسلوب الذي به الجرسون (JC) يتذكر الطلبات، وقارنوا بين نتائج JC مع هؤلاء الذين لم يدربوا untrained كمشتركين ضابطين. واجه البحث addressed ثلاث قضايا. الأولى ما يملكه JC من وصف لفظي verbally describe لأفكاره أثناء طلبات التذكر في المطعم، وقد بدء الباحثان في تطوير نموذج علمي لمهاراته، كنموذج على الكمبيوتر. الثاني لمساعدة تحديد طبيعة قدرة الذاكرة لـــ JC، قارن الباحثان أدائه مع طلاب جامعة ليس لديهم خبرة الجرسون. والثالثة، درس الباحثان تحديد ما إذا كانت مهارات الذاكرة لـــ JC يمكن أن تقارن بنماذج نظرية في مجال علم النفس المعرفي. هذا العمل هو مثال لكيفية أن إجراء البحث على مفحوص (مشترك) واحد قد يمزج combined مع دراسات مجموعة تبعاً لتوجه تساؤلات سيكولوجية أساسية.

توجه آخر لاستخدام مفهوم مناحي الفرد الواحد - كمساعد في وصف describing النماذج المعرفية التنظيرية. على سبيل المثـــال درس كاى وكوسك (Chi & Koeske, 1983) لأكثر من سنة البناء المعرفي والذاكرة لطفل عمره ٤ سنوات. هذا الطفل كان مهتما جدا بـــالديناصورات dinosaurs، وقد استخدم الباحثان هذا الاهتمام لفهم كيف تكون معالجته للمعلومات المعرفية. وقد كون الباحثان خريطة بنود لمعلومات عن الديناصور (مثل أنماط الديناصور والطعام الذي يأكله) والتي تعلق في ذهن الطفل وكيف تكون هذه العلاقات تؤثر على ذاكرته لأسماء الـــديناصورات.

التقويم الإحصائي لنتائج التجارب على الحالات الفردية

يسير التقويم الإحصائي لنتائج الدراسة التجريبية للحالة الفردية تبعا للخطوات التالية:

يجب الإجابة على تساؤل: هل يوجد ارتباط ذاتي في الملاحظات التي تم تسجيلها أم لا ؟ وللإجابة على ذلك يتم حساب الارتباط الذاتي لكل مرحلة من

المراحل التجريبية على أساس المزاوجة بين المشاهدة الأولى والثانية، فالثانية والثالثة... وهكذا لكل مرحلة. وإذا كان الارتباط الذاتي داخل كل مرحلة على حدة صفرياً جاز استخدام التحليلات الإحصائية التقليدية مثل اختبار "ت" والنسبة الفائية...الخ

في حالة وجود ارتباط ذاتي يمكن ضم مجموعتي الملاحظات في مراحل خط الأساس تبعا لترتيب ورودهم، وأيضا بالنسبة لمراحل التدخل بالمتغير المستقل ويتم حساب الارتباط الذاتي مرة أخرى، إذا كانت النتيجة عدم وجود ذلك الارتباط استخدمت التحليلات الإحصائية التقليدية.

و إذا وجد أيضا ارتباطا ذاتيا يمكن استخدام طريقة التقسيم النصفي وهي طريقة للتقييم الكمي لمعدّل التغير السلوكي عبر فترة زمنية. وذلك بالتقدير الكمي للانحدار داخل المرحلة الواحدة ثم المقارنة بين الانحدارات عبر كل المراحل وتمر هذه الطريقة بالخطوات التالية:

(١) يرسم خط الأساس

يرسم خط التسارع كالتالي:

تقسم المرحلة بخط رأسي يتعامد على المحور الأفقي للرسم البياني عند النقطة التي تفصل بين نصفي عدد الجلسات؛

ثم يقسم القسمين إلى نصفين أصغر، ثم يحدد وسيط معدّل السلوك (و ذلك إحالة إلى المحور الرأسي في الرسم) بتحديد الوسيط لكل من نصفي المرحلة، ثم يرسم خط وسيطي ليقابل الخط العمودي، وبالتالي يتكون في كلا النصفين خطين يحدد أحدهما وسيط الجلسات والثاني وسيط معدّل السلوك؛

يحدد الانحدار بالتوصيل بين موضعي التقاطع في نصفي المرحلة؛

يجب أن يقسم خط الانحدار البيانات المرسومة إلى قسمين متساويين، وإذا لم يكن ذلك يتم إزاحته إلى أسفل أو إلى أعلى حتى يتحقق هذا الشرط.

ه) تحدد قيمة التسارع (قيمة الانحدار) رقمياً بتحديد قيمة السلوك (المحور الرأسي) عند نقطة البداية بالمرحلة ثم قيمة السلوك أيضاً بعد أي عدد من الجلسات، ثم تقسم القيمة الأكبر على القيمة الأصغر.

يحدد مستوى خط التسارع بقراءة قيمة السلوك على المحور الرأسي في آخر يوم من الملاحظة في المرحلة.

خط تسارع لكل مرحلة من التصميم التجريبي.

لتحديد التغير في قيمة التسارع يتم تحديد نقطة النهاية في مرحلة خط الأساس على سبيل المثال وبدايته في المرحلة التالية ثم قسمة القيمة الكبرى على الصغرى.

ط) لتحديد التغير في الانحدار يقسم الانحدار الأكبر على الانحدار الأصغر أي قيمة التسارع الأكبر على الأصغر.

ك) تحديد التغير في قيمتي المستوي والانحدار هو التعبير الرقمي للتغير في الأداء.

يهدف التحليل الإحصائي عادة إلى رفض الفرض الصفري الذي يكون في التصميم التجريبي للحالة الواحدة هو "لا فرق بين تسارع السلوك في مرحلة خط الأساس عن مرحلة التدخل التجريبي". ويصدق الفرض الصفري إذا كان امتداد خط التسارع من مرحلة خط الأساس إلى مرحلة التجريبي يؤدي إلى استمرار تقسيم القراءات (الملاحظات) إلى أن تكون نصفها فوق الخط والنصف الآخر تحت الخط. (سويف، ١٩٨٧) (Barlow & Hersen, 1984)

المراجع

١- أبو علام، رجاء محمود (٢٠٠١). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. القاهرة: دار النشر للجامعات.

٢- الصبوة، محمد نجيب والقرشي، عبد الفتاح (١٩٩٥). علم النفس التجريبي. القاهرة: دار القلم.

٣- باركر، ك.؛ بيسترانج، ن. واليوت، ر. (١٩٩٩). مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي. ترجمة: محمد نجيب الصبوة، ميرفت شوقي، وعائشة رشدي. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٤- خليل، إلهام (١٩٩٤). تباين أثر المعلومات المدخلة تحت العتبة الادراكية في تغيير شدة الأعراض العصابية والفصامية بتباين نظام الاستثارة المسيطر. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.

٥- سويف، مصطفى (١٩٨٧). محاضرات ي مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي. دبلوم علم النفس التطبيقي، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

1- Barlow, D. M. & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. 2nd ed. New York: Pergamon Press, Inc.

2- Huck, S. W. & Cormier, W. H. (1996). *Reading statistics and research*. 2nd ed. USA: Harper Collins College PuplishersInc.

3- Ray, W. J. (2000). *Methods toward a science of behavior and experience*. 6th ed. U. S. A.: Wadsworth; Thomson Learning.

الفصل الثالث

عملية التشخيص الإكلينيكي: التعريف، والأدوات

تعريف عملية التشخيص:-

يهتم هذا الفصل بالتشخيص الذي هو أحد العمليات التي يقوم بها علم النفس الإكلينيكي والتي تم الإشارة إليها في التعريف. وتعني كلمة تشخيص diagnosis و هي من أصل إغريقي- الفهم الكامل. وتتطلب هذه العملية عدد من المتطلبات أو الخطوات وهي: ملاحظة ووصف السلوك الظاهري، تحديد الأسباب التي أدت إلى الأعراض المرضية، تحليل وتصنيف شكوى العميل والأسباب التي تم التوصل إليها بقصد وضع الفروض الخاصة بطبيعة وأساس مشكلة العميل، ومن ثم التنبؤ، تخطيط، وتنفيذ خطة علاجية ثم متابعتها وتقويمها، كما يتضمن التشخيص تقدير خصائص العميل المتمثلة في قدراته وسماته الشخصية الخ. ويعني ما سبق أن التشخيص يتطلب بعد جمع كل المعلومات والبيانات المتاحة عن العميل أن يتم تحليلها وتنظيمها والتكامل بينها. ويمكن تحديد أهداف التشخيص الإكلينيكي في النقاط التالية:- (١) تحديد العوامل المسببة للمرض؛ (٢) معرفة طبيعة الأعراض المرضية في كونها مرض عضوي أم وظيفي؛ (٣) تحديد الاستجابات المرضية للعميل؛ (٤) تقدير الأعراض المرضية وتقدير درجة الاضطراب؛ (٥) التنبؤ بمآل الأعراض المرضية؛ (٦) تحديد المنهج العلاجي الذي يمكن استخدامه؛ (٧) تحديد المعلومات التي يجب الحصول عليها في كل مرحلة من مراحل التعامل مع العميل إذا كانت هذه المعلومات من المريض نفسه، من أقاربه أو من خلال مقاييس سيكولوجية؛ (٨) يجب أن يحدد الأخصائي النفسي الإكلينيكي الأسس العلمية لتصنيف وتحليل البيانات إحصائيا في كل مرحلة علاجية حتى يمكن الحكم على مدى فعالية البرنامج العلاجي، وهذا يوضح أن عملية التشخيص متجددة ومستمرة بدءاً من التعامل مع العميل إلى أن يتم علاجه. (مليكه، ١٩٨٥).

ويمكن عرض التشخيص من خلال جانبين هي: الجانب التصنيفي حيث يقوم الأخصائي الإكلينيكي بوضع أعراض ومشكلات المريض تحت مسمى مرضي محدد وذلك بمقارنة تلك الأعراض مع وصف الأعراض الخاص بالتصنيف الذي يتبناه الأخصائي أو بمعنى أصح بالتصنيف المعترف به من قبل المتخصصون في المجال الإكلينيكي وهذا ما يسمى "التشخيص التصنيفي". وتعتبر محكات التصنيف الرابع Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV) لجمعية الطب النفسي الأمريكية هو التصنيف الذي يتم التعامل به من قبل المتخصصين. وبالرغم من أن هذا النمط التشخيصي قد يكون له دوراً توجيهياً للأخصائي الإكلينيكي في تحديد القدرات والسلوكيات التي يحب ملاحظتها أو عمل قياس لها إلا أنه أيضاً يمكن أن يعوق في إجراء هذا التقدير نظراً لأنه قد يشجع على التعميم ؛ على سبيل المثال عند تصنيف عميل ما تحت مرض الفصام البسيط فقد يعطي هذا التصنيف تصور به قدر من الخطأ في تقدير القدرات والخصائص المختلة لدى العميل مما يؤدي إلى عدم فهمه.

بينما الجانب الثاني من التصنيف هو ما يسمي التشخيص الدينامي والذي يتضمن مرحلتين هما: وصف الأعراض المرضية المبني على البيانات التي تم جمعها؛ والمرحلة الثانية هي تفسير هذه البيانات في ضوء النظرية التي يقتنع بها الأخصائي الإكلينيكي وذلك وصولا إلى الدلالات الإكلينيكية لهذه البيانات ومعرفة الدوافع والصراعات داخل شخصية العميل والميكانزمات التي يلجأ إليها للتخفيف من حدة هذه الصراعات (هذا في ضوء نظرية التحليل النفسي).

ويبدو أن التشخيص الدينامي كما مسماة- يوحي بأنه يتبع المنهج الدينامي في استخدام الإجراءات والأدوات التشخيصية. إلا أن هذه المرحلة قد تكون قريبة الشبه بما يسمي تحليل السلوك ومحاولة تحديد طبيعة المنبهات التي تسبق الاستجابات المضطربة (أي المنبهات الشارطة لحدوث الاضطراب) الاستجابات اللاحقة لها (أي التي قد تكون مدعمة لها) والتي يهتم بها المنهج السلوكي. (مليكه، ١٩٨٥) (Garb, 1999)

أدوات عملية التشخيص

ويستخدم الأخصائي النفسي الإكلينيكي عدد من الإجراءات والأساليب والأدوات لكي يقوم بعملية التشخيص وهي: الملاحظة؛ المقابلة الإكلينيكية؛ والاختبارات التشخيصية. وهي تفصيلا كما يلي:-

أولاً:- الملاحظة:-

وهي أحد أدوات التشخيص والتنبؤ عن تطور المرض ونوعية العلاج. ويوجد عدد من الجوانب يلزم ملاحظتها جيداً وهي:-

الحالة الجسمية: والمقصود هنا الفحص الطبي للجسم والإجابة على التساؤل هل يوجد اضطرابات عضوية أم لا؟ ومدى تأثيره على المرض النفسي. وأيضاً الأوضاع الجسمية المختلفة للمريض والتي قد تكون مؤشراً لبعض الأعراض النفسية أو العقلية، ومستوى النظافة الشخصية الخ؛

بيئة العميل: ويقصد بها العوامل البيئية (الفيزيقية والاجتماعية) التي قد تكون لها دلالات إكلينيكية أو تعوق العملية العلاجية، مثل العلاقات الأسرية أو الزواجية غير التوافقية، علاقات العمل الخ ومن ثم يجب وضعها في الاعتبار للحد من تأثيرها أو محاولة تعديلها؛

عمر العميل: من المعروف أن العمر يكون عاملا هاماً في تيسير الإمكانيات العلاجية، حيث أن تغيير سلوك صغار السن يكون أيسر من كبار السن. بالإضافة إلى أهمية ملاحظة العمر الظاهري للعميل وهل هو يتناسب مع العمر الحقيقي له أم لا ؟؛

(ج) ملاحظة علاقات العميل بالآخرين ومدي مواءمته أو تكيفه معهم، وهل يوجد لديه استبصار بذاته وبالمكان والزمان أم لا ؟؛

ملاحظة أسلوب الكلام ومدى وضوحه، ومواءمته مع الأفكار، وهل يوجد تلعثم عام إن وجد أم مرتبط بموضوعات حوارية محددة الخ. كما يجب ملاحظة مدي الملاءمة الوجدانية مع الموضوعات المثارة الخ ؛

(هـ) يجب ملاحظة مدى قدرة العميل على الاستيعاب وذلك من خلال اتباعه التعليمات أثناء إجراء الاختبارات أو إلقاء بعض الأسئلة عليه الخ.

ويعني ما سبق أنه يجب على الأخصائي النفسي الإكلينيكي ملاحظة السلوك العام للعميل من كل جوانبه الحركية والوجدانية والمؤشرات العقلية.

ثانياً: المقابلة:-

تعتبر المقابلة من أهم أدوات عمليتي التشخيص والعلاج النفسي. وهي عبارة عن محادثة بين المعالج والعميل لحل مشكلات العميل وإحداث التوافق لديه، وتكون هي الوسيلة لجمع المعلومات السابق ذكرها في الملاحظة، كما تطبق بها بعض المقاييس السيكولوجية التي قد يتطلبها الموقف الإكلينيكي.

أنواع المقابلة:-

ويمكن تصنيف المقابلة تبعاً لأهدافها إلى:- (١) مقابلة الاستقبال intake interview: وهي تهدف إلى معرفة شكوى العميل وبياناته المميزة، والإجراءات العلاجية السابقة واه وما هي توقعاته من العلاج. وهذه المقابلة لا تتضمن تساؤلات لمعرفة طبيعة أعراض العميل أو شخصيته، لذا فهي لا تحتاج إلى تدريب لكونها لا تتضمن مهارات محددة للقائم بها؛ (٢) المقابلة التشخيصية: ويجب أن يقوم بها أخصائي نفسي مدرب وبها يقوم بتطبيق الاختبارات ومحاولة تفسيرها ومعرفة دلالاتها الإكلينيكية، وأيضاً يحاول الحصول على معلومات عن التاريخ السابق للمرض، وفحص عمليات التفكير، معرفة طبيعة اضطرابات الإدراك، استبصار العميل بالمرض ومفهومه عن ذاته، وملاحظة مظهره وسلوكه العام؛ (٣) المقابلة العلاجية: وتستغرق الإجراءات العلاجية معظم الوقت، إلا أنه قد تتضمن بعض من الأهداف التشخيصية كأن يكون هناك بعض الثغرات أو التناقضات في نتائج الاختبارات وتحتاج إلى توضيح؛ (٤) المقابلة مع أقرباء العميل وأصدقائه: فقد يتطلب الحصول على معلومات عن حياة المريض وتطور المرض وطبيعة علاقاته الاجتماعية .الخ من خلالهم ؛ (٥) مقابلة الفرز: وهو كما يتضح من مسماها أنها تهدف إلى فرز مجموعة من

الناس بخصائص معينة، مثلما يحدث في تحديد الصلاحية النفسية للتجنيد في القوات المسلحة.

ويمكن تصنيف المقابلة أيضاً تبعاً لمستوى التقنين كما يلي:- (١) المقابلة المقننة:- وهي قد تتماثل مع الاختبار السيكولوجي، وبها يلاحظ العميل أثناء المواقف التي تثيره انفعالياً أي تمثل مواقف شدة لديه، وبالرغم من أن بياناتها من السهل وضعها في صورة كمية كما لا تحتاج إلى أخصائي نفسي ذو مهارة عالية، إلا أنها قليلة الفائدة نظراً لعدم توفر التلقائية في سلوك العميل؛ (٢) المقابلة الغير مقننة أو الحرة:- وهي تتسم بالتلقائية وقدر أقل من التوجيه ومن ثم تسمح بالحصول علي بيانات عن العميل أكثر والكشف عن شخصيته بشكل أوضح؛ (٣) المقابلة نصف المقننة: وهي الأكثر شيوعاً في المجال الإكلينيكي، حيث يندر أن تكون شكل المقابلة مقنن / غير مقنن لأن ذلك يتحدد في ضوء مستوى خبرة المعالج وطبيعة مشكلة العميل.

مراحل المقابلة:-

سبق القول بأن المقابلة هي محادثة بين المعالج والعميل وهذا يعني أنها عملية اتصال (لفظي وغير لفظي) وتقسم إلى وحدات للمناقشة كل وحدة لها معني متماسك (مشكلة ما) وأيضا لها أربع خطوات هي: تقرير المشكلة والتعبير عنها، مناقشة المشكلة، وضع الخطط لحلها، ثم ملخصاً لها. ومن ثم تتكون المقابلة من بداية ووسط وخاتمة لكي تحقق عملية الاتصال أهدافها، وتفصيل هذه المراحل كما يلي:-

بداية المقابلة:- يجب أن تبدأ المقابلة بناءاً على موعد محدد مسبقاً، ولا تبدأ المقابلة قبل هذا الموعد حتى لا يدرك العميل أن هذا اهتمام مبالغ فيه تجاهه، ولا تبدأ بعد الموعد حتى لا يدرك العميل أنه غير مهتم به أو أنه شخص غير مرغوب فيه. ويجب تسجيل كل الملاحظات على السلوك اللفظي وغير اللفظي للعميل (كيفية الجلوس، التواصل البصري الخ). وإذا كان العميل يصاحبه بعض من أفراد عائلته يجب مقابلة العميل أولا ثم هؤلاء الأفراد ولا يحدث العكس.

وسط المقابلة:- وفي هذه المرحلة يتم عرض المشكلة الخاصة بالعميل والصعوبات المتعلقة بتكيفه وتوافقه وما يصاحب ذلك من أعراض ظاهرة على سلوكه الظاهري، وبالتالي يجب معرفة الدوافع التي أدت بالعميل لطلب للعلاج النفسي والظروف الحياتية المحيطة به والأحداث التي قد تكون مؤثرة في إحداث الأعراض المرضية. كما يحاول المعالج النفسي معرفة الخصائص العامة لشخصية العميل وقدراته العقلية واهتماماته وميوله. ويجب على المعالج النفسي في هذه المرحلة أن يدرب نفسه جيداً على أن يكون قليل الكلام وعدم مقاطعة العميل وأيضاً على مهارات الاستماع والإنصات الجيد ومراعاة بعض الأمور وهي:-

(أ)توجيه التساؤلات (و ليس الأسئلة) المفتوحة التي تثير النقاش وتساعد في تبادل الحوار والاتصال؛

(ب) التعاطف مع العميل: ويعني هنا المشاركة الوجدانية أي معايشة مشاعر العميل وانعكاس ذلك في تقدير المعالج لهذه المشاعر، وهذا لا يعني الموافقة على ما يقوله؛

(ج) وما سبق يساعد في إحراز خطوة هامة لابد أن يسعى إليها كل من المعالج والعميل ألا وهي توطيد العلاقة بينهما والتي تتحقق بتعاطف وتفهم المعالج وهذا العامل بدوره يساعد في نجاح العملية العلاجية،

(د) إثارة المشاعر بطريقة مقصودة مما يعطي الفرصة للعميل لإخراج الشحنات الانفعالية التي بداخله، مثلما يحدث في العلاج المتمركز حول العميل عند وصف المعالج النفسي المشاعر التي تبدو على العميل، يجب على المعالج معالجة فترات الصمت ويكون لديه القدرة على ما إذا كان هذا الصمت نتيجة لمحاولة العميل تجميع أفكاره وبالتالي يجب ألا يقطع هذا الصمت بأسئلة أخرى قد تشتت العميل، أم أن هذا الصمت علامة على الانسحاب والغرق في أحلام اليقظة وهنا يجب على المعالج معالجة الصمت بالعودة إلى الموضوع الذي كان العميل يتحدث به،

(هـ) يجب على المعالج النفسي أن يلاحظ السلوك غير اللفظي للعميل بما يتضمنه من طريقة التغير فى نبرات الصوت وسياق الحوار عند الحديث في موضوع ما فقد يكون هذا مؤشراً لتأثير الموضوع المثار في الحوار على الأعراض المرضية للعميل،

يجب على المعالج النفسي ألا يقدم أي مساعدة علاجية في المقابلة الأولى حيث أنها للفهم المتعمق لحالة العميل لأن ذلك قد يؤدى إلى الإضرار بصحة العميل النفسية.

الجزء الختامي من المقابلة:- ولإنهاء المقابلة بطريقة سليمة يجب ألا تنتهي إلا بعد أن يشعر العميل بقدر من الطمأنينة والراحة وخاصة بعد فترات التوتر المصاحبة للتعبير عن المشاعر والذكريات السلبية والأسرار التي قد يسردها العميل أثناء المقابلة، كما يجب أن تنتهي المقابلة والمريض يشعر بالثقة والأمل في نجاح العملية العلاجية، وزيادة إظهار تعاطف المعالج ومشاركته الوجدانية مع العميل يساعد في ذلك. ثم يقدم المعالج تلخيصاً لرأيه في مشكلة العميل دون إعطاء انطباع بأن هذا التلخيص يعتبر تفسيراً صادقاً تماماً للمشكلة ويكون هذا التلخيص من واقع العبارات التي استخدمها العميل في وصفه للمشكلة. ثم في النهاية يعطي المعالج تخطيطاً للجلسات المقبلة بما تتضمنه من خطة علاجية وطبيعة العلاج الذي سيتم ممارسته والتوقعات المطلوبة من العميل وعدد الجلسات المتوقعة والتكاليف المادية للعلاج.

ونظراً لأن المقابلة هي أداة من أدوات التشخيص، لذا يجب أن تتسم بالشروط السيكومترية المتطلبة لأدوات القياس السيكولوجي وهي الصدق والثبات. ويعني هذان المفهومان أن المعلومات التي تم الحصول عليها صحيحة ويمكن التأكد من ذلك إذا حدث اتفاق بين المعلومات التي تم الحصول عليها من العميل وتلك التي تم الحصول عليها من مصدر آخر (الصدق)، وتكون المعلومات أيضاً ثابتة وذلك بأن تتشابه المعلومات التي يحصل عليها أكثر من شخص (متشابهين في الاعتقاد النظري وذوي خبرة وممارسة إكلينيكية واسعة) من نفس العميل أو المصدر. (المقابلة تفصيلاً في مليكه، ١٩٨٥؛ إبراهيم، ١٩٨٨؛ عمر، ١٩٩٢).

ثالثاً:- الاختبارات والمقاييس النفسية:-

من أهم الأدوار التي يقوم بها المعالج النفسي هي تقييم القدرات العقلية ومعرفة خصائص وسمات الشخصية والتقدير الدقيق للأعراض المرضية والاضطرابات التي يعاني منها للعميل وهذا لا يتأتى إلا من خلال تطبيق الاختبارات والمقاييس السيكولوجية. وقد أدى أهمية هذا الدور والإسراف في أدائه إلى تقلص الأدوار الأخرى للأخصائي النفسي الإكلينيكي كالعلاج والاستشارة النفسية والبحث من وجهه نظر العامة وأيضاً بقية المتخصصون في فريق العملية العلاجية (الطبيب النفسي، وأخصائي أمراض المخ والأعصاب الخ) وهذا ما يجب أن يناهضه الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

ويمكن تقسيم الاختبارات التي يشاع استخدامها في المجال الإكلينيكي تبعاً لأهدافها القياسية إلى ما يلي:-

<u>اختبارات القدرات العقلية</u>: ومن أشهر الاختبارات المستخدمة:-

أ- مقياس وكسلر لذكاء الراشدين Wechsler Adult Intelligence Scale :- وهو يفيد في تقدير نسبة ذكاء الفرد وأيضاً في معرفة أنماط الاضطراب العقلي. وقد وضعه ديفيد وكسلر عام ١٩٥٥ تعديلاً لمقياسه الذي نشره عام ١٩٣٩ باسم " وكسلر-بلفيو لذكاء الراشدين" وتم مراجعته عام ١٩٨١ وقد قام مليكه وإسماعيل بتعريبه وتقنينه على البيئة المصرية عام ١٩٥٦ ثم عدّل بناءاً علي تعديل ١٩٨١ أيضاً وأجريت عليه عدد من الدراسات في البيئة العربية عامة والمصرية خاصة للتحقق من صدقه وثباته والكشف عن دلالاته الإكلينيكية ومنها ثلاث دراسات لمليكه عام ١٩٦٠ وطه (١٩٦٨)، ثم قام مليكه أيضاً بتقنينه على فئات عمريه مختلفة بدءاً من عمر ١٥ سنة حتى ٦٠ سنة (مليكه، ١٩٨٦). ويتكون هذا المقياس من جزأين هما: جزء لفظي وأخر أدائي؛ الأول يتكون من ست مقاييس فرعية (المعلومات العامة، الفهم، الاستدلال الحسابي، إعادة الأرقام، المتشابهات، وأخيراً المفردات)، أما الجزء الأدائي فيتكون من خمسة مقاييس فرعية (ترتيب الصور، تكميل الصور، تجميع الأشياء، رسوم المكعبات، ورموز الأرقام)، ومن ثم فان هذا المقياس يقدم ثلاث أنماط من نسب الذكاء وهي الذكاء العام (الكلي)، الذكاء اللفظي، والذكاء العملي.

بالإضافة إلى ذلك فإنه يعطي علامات تشخيصية من خلال مدى تشتت درجات الاختبارات الفرعية، كما أن الفرق بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي قد تعطي مؤشراً بأن الأعراض المرضية عضوية أم وظيفية، فحيث أنه من الطبيعي أن وجود فرق بين النسبتين نظراً لكون معامل الارتباط بين الاختبارين اللفظي والعملي ليس ارتباطاً تاماً أي لا يساوي الواحد الصحيح إلا أن الفرق عندما يكون كبيراً (بمقدار ٢٥ نقطة ذكاء تقريباً) يشير إلى وجود اضطراب عقلي مرتبط بتلف في المخ، ويكون هذا التلف في الشق الأيمن إذا كان الفرق في اتجاه الذكاء اللفظي بينما يكون التلف في الشق الأيسر إذا كان الفرق في اتجاه الذكاء العملي.

كما تبين أن نسبة الذكاء اللفظي تكون أفضل من الذكاء العملي لدى مرضى الاكتئاب نظراً لما تتطلبه المقاييس العملية من مهارات حركية ويدوية وتآزر حركي- بصري وهذا ما لا يتوافر مع خصائص الأعراض الإكتئابية. كما أن المرضى السيكوباتيين والجانحين والهستيريين يتميزون بنسب ذكاء عملي أعلى من نسب الذكاء اللفظي.

ب- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC):- ويستخرج منه أيضاً ثلاث نسب ذكاء (كلية، لفظية، عملية)، ويطبق على أعمار زمنية من ٥-١٥ سنة، ورغم أن إسماعيل ومليكه عام ١٩٥٦ قاما بتعريب هذا المقياس إلا أنه لم يقنن ولم تستخرج المعايير الخاصة به ولا نسب ذكاء خاصة بالبيئة المصرية كما حدث بالنسبة لمقياس وكسلر لذكاء الراشدين وبالتالي عند استخدامه في المجال الإكلينيكي تستخدم معايير عينة التقنين الأجنبية مع بعض التعديلات (الغير مقننه) كمحاولة لتكيفها مع البيئة المصرية. وقد قننه في البيئة السعودية نافع وآخرون عام ١٩٩١ (في القاطعي، ١٩٩٦). كما أجرى القاطعي (١٩٩٦) دراسة للتعرف على الدلالات الإكلينيكية للاختبار على عينة من الأطفال السعوديين ذوي النشاط الحركي المفرط وضعف الانتباه.

ويوجد عدد من المقاييس الفردية الأخرى لقياس القدرات العقلية إلا أنها أقل انتشاراً في الميدان الإكلينيكي مثل متاهات بورتيوس Porteus Mazes

ومقياس بينيه (علماً بأن الصورة الرابعة منه صدرت عام ١٩٩٤ وتم تعريبها وتقنينها على البيئة المصرية ويوجد عدد من الدراسات التي تحاول التأكد من شروطه السيكومترية). كما يوجد بعض مقاييس القدرات العقلية والتي تطبق بطريقة جماعية ومنها:-

ج- اختبار المصفوفات المتتابعة : Progressive Matrices- وهو من أشهر الاختبارات المتحررة من التأثيرات الثقافية لأن بنوده عبارة عن رسوم أو تصميمات هندسية، وقد وضعة رافين Raven في بريطانيا عان ١٩٣٨ وتمت مراجعته عامي ١٩٤٧ و١٩٥٨ وقنن في بعض الثقافات العربية مثل السعودية عام ١٩٧٦ (في ابراهيم، ١٩٨٨) ومصر (في سويف وآخرون،١٩٨٤) واتضح قدرته التمييزية بين مرضى إصابات المخ والأسوياء. كما قنن الصورة الملونة منه (الخاصة بالأطفال من عمر خمس سنوات وضعاف العقول) في الثقافة الكويتية (في مليكه، ١٩٩٨).

(د) اختبار رسم الرجل والذي أعدته فلورانس جودانف عام ١٩٢٦ ونشر بعد مراجعته عام ١٩٦٣ بعنوان اختبار هاريس وجودا نف للنضج السيكولوجي Harris Goodenough Test of Psychological Maturity أو Goodenough Harris Drawing Test، ويعتبر من أكثر المقاييس التي أجريت عليه عدد من الدراسات لتقنينه في ثقافات عربية مختلفة ومنها ما أجري على النسخة الأولى وهي: دراسات القباني في مصر بالفترة من ١٩٢٨ إلى ١٩٣٠ وميشيل اسكندر بمصر أيضاً عامي ١٩٣٤ و١٩٣٥، محمد بطانية بالأردن، عبد الجليل الزوبعي بالعراق عام ١٩٧٢، مالك البدري في السودان عام ١٩٦٦(الذي اقترح عدد من الإضافات تتعلق بملابس الرجل لكي تناسب البيئة العربية)، محمد نسيم رأفت في الكويت عام ١٩٦٨، عبد السلام عبد الغفار والسيد فؤاد الأعظمي بلبنان عام ١٩٦٩، وفتحي عبد الرحيم عام ١٩٧٥ في الثقافة اليمنية، ودينيس في سوريا (مليكه، ١٩٨٦). وقد أجريت عدد من الدراسات العربية أيضاً لتقنين المراجعة المعدلة ومنها:محمد غنيمة عام ١٩٧٦ في مصر، وأبو حطب وآخرون من عام ١٩٧٥ إلى ١٩٧٧ في السعودية.

اختبارات تميّز منشأ الاضطراب (وظيفي / عضوي):- ذكر سابقاً إمكانية مقياس وكسلر لذكاء الراشدين في التمييز بين الاضطرابات الوظيفية والعضوية وذلك من خلال الفرق بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي، بالإضافة إلى هذا يوجد عدد من الاختبارات تستخدم في الميدان الإكلينيكي لنفس الغرض ومنها ما يلي:-

اختبار البندر جشتالت :Bender Visual Motor Gestalt Test- وقد صممته بندر عام ١٩٣٨ طبقاً للمفاهيم الجشتالتية، وهو عبارة عن أشكال هندسية بسيطة ويطلب من الفرد أن يعيد رسمها على قطعة ورق عادية (مرحلة النسخ)، ثم بعد استبعادها بدقيقتين يطلب من الفرد تذكرها (مرحلة الاستدعاء). ونقله إلى العربية مصطفى فهمي وسيد غنيم، وأجرى سويف وزملائه في عامي ١٩٦١ و١٩٦٤ عدد من البحوث لمعرفة مدى قدرة الاختبار التمييزية بين المرضى العضويين والوظيفيين. كما أن الاختبار يقيس مستوى الذاكرة القريبة المدى (الاستدعاء) ودقة الإدراك (النسخ).

اختبار بنتون للاحتفاظ البصري :Benton Visual Retention Test- وقد وضعه آرثر بنتون لقياس الذاكرة المباشرة وقدرات الإدراك البصري المكاني، وهو يكشف التلف الدماغي والتدهور المعرفي في مراحله المبكرة. وقد أجريت عليه عدد من الدراسات في البيئة العربية منها دراسة الأمير بالكويت، ودراستي حماد وحزين عام ١٩٨١ في مصر (في سويف وآخرون ١٩٨٤).

ج- اختبار توصيل الدوائر :Trail Making وهو عبارة عن شكلين، الأول "أ" ويتكون من مجموعة دوائر في كل منها رقم يبدأ من "١" إلى "٢٥" ويطلب من المفحوص التوصيل بينها بترتيبها دون رفع القلم، ثم يحسب الزمن المستغرق. ويتكون الشكل "ب" من مجموعة دوائر تحتوي على أرقام من "١" إلى "١٣" وأخرى تحتوي على حروف تبدأ من الحرف "أ" إلى الحرف "ش" ويطلب من المفحوص التوصيل بينها بحيث يكون الرقم "١" بالحرف الأول في الأبجدية وهو "أ" وهكذا ويحسب أيضاً الزمن المستغرق.

ويوجد عدد آخر من الاختبارات تستخدم لنفس الغرض منها بطارية رايتان هالستد Halsted Battery Retan، اختبار تعلم الأزواج المترابطة Paired Associates Learning Test.

اختبارات الشخصية والتوافق الانفعالي:- ويمكن تصنيفها في ثلاثة أنماط هي:

الاستبيانات أو الاستخبارات: وهي من أكثر الأدوات استخداماً في المجال الإكلينيكي لقياس الشخصية والجوانب الانفعالية بها وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة التي تقدم للفرد ويطلب منه الإجابة بطريقة معينة بهدف الوصول إلى وصف شخصيته ومشاعره وانفعالاته الماضية والخالية ومن أهم هذه الاستخبارات:-

١- اختبار الشخصية المتعدد الأوجه Minnesota Multiphase Personality Inventory (MMPI):- ويتكون من ٥٦٦ بنداً وقد قام بوضعه هاتاوي وماكنيلي Hathaway & McNelly عام ١٩٤٠ بجامعة مينسوتا الأمريكية. ويتكون الاختبار من عشرة مقاييس فرعية تهدف الى تحديد مدى اقتراب أو تشابه الفرد من بعض الفئات الإكلينيكية وثلاثة مقاييس فرعية أخرى تهدف الى معرفة مدي صدق الفرد في الاستجابة. ومقاييس الإكلينيكية للاختبار هي: توهم المرض Hypochondria، الاكتئاب Depression، الهستيريا Hysteria ، الانحراف السيكوباتي Psychopathic Deviation، الذكورة / الأنوثة Masculinity Femininity، البارانويا Paranoia السيكاثينيا Psychasthenia، الفصام Schizophrenia، الهوس الخفيف Hypomania، الانطواء الاجتماعي Social Introversion

٢- قائمة أيزنك للشخصية Eysenck Personality Inventory (EPI):- وهي تساعد على التمييز بين العصابيين والعاديين، وتتكون من ٥٧ بنداً لقياس العصابية والانطوائية والكذب، وتم استخدامها في العديد من الدراسات العربية وتعتبر أداة واسعة الاستخدام في المجال الإكلينيكي.

٣- استخبار أيزنك للشخصية :Eysenck Personality Questionnaire- ويقيس العصابية والانطوائية والذهانية والكذب والميل للجريمة، وبالتالي فهو يميز بين العصابيين والذهانيين والعاديين، وأيضاً يعطي مؤشراً بالحالات السيكوباتية.

٤- اختبار عوامل الشخصية الـــ ١٦ 16 Personality Factor Questionnaire:- وقد وضعه ريموند كاتل R. Cattel وهو يقيس ستة عشر سمة بعضها يعطي مؤشرات إكلينيكية.

الاختبارات الاسقاطية:- من وجهه نظر مستخدمي هذا النمط من الاختبارات أن الاستخبارات (المقاييس والاختبارات الموضوعية) لا توضح الدوافع اللاشعورية المتحكمة في الفرد ولكنها فقط تركز على السمات الظاهرة (التي يصفونها بالسطحية). والاختبارات الاسقاطية تستخدم مفهوم الإسقاط كما اكتشفه مؤسس مدرسة التحليل النفسي والذي يشير الى هروب الفرد من الدوافع غير المرغوبة أو غير المقبولة مثل الاتجاهات العدوانية السلبية أو الجنسية نحو الأخرين. ويوجد بعض الاختبارات الاسقاطية تعتمد على تقديم مثيرات غامضة للمفحوص (مثالا لذلك: بقع حبر، صور، أشكال وصور ناقصة) ويطلب من المفحوص وصف ما يرى أو كتابة قصة أو استكمال ما ينقص المثير. ونظراً لغموض المثيرات فإن الفرد يسقط مشاعره ودوافعه وميوله واهتماماته عليها. ومن أشهر المقاييس استخداماً:-

اختبار بقع الحبر لرورشاخ Rorschach Ink Blot Test ١٩٤٥.

اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test ((TAT) الذي وضعه هيرمان موراي H. Murray ١٩٤٣.

اختبار تكميل الجل لروتر .Rotter Incomplete Sentences Test

ويوجد اختبارات أخري تتطلب أن يقوم المفحوص برسم ما مثل أحد أفراد الأسرة أو امرأة أو رجل الخ مثل اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص.لجون باك (HTP).

ج- المقاييس الموضوعية اللفظية للسلوك:- وهي تعتبر قوائم لتحليل السلوك، وهي تركز على سلوك نوعي محدد لتحليله ومن ثم وضع خطة علاجية. ويعتبر هذا النمط من المقاييس هو النتاج الطبيعي لتطور العلاج السلوكي، ومن خلالها تحدد الأهداف السلوكية التي يجب أن يحدث لها تدخلاً علاجياً وأيضا فاعلية الأساليب العلاجية المستخدمة أي تقويم العملية العلاجية. ويوجد عدد كبير من الاختبارات تندرج تحت هذا النمط من المقاييس وتستخدم في المجال الإكلينيكي غلا أن السياق هنا لا يكفي لعرضها جميعها ومنها:- اختبار كورنل لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، قائمة القلق (كحالة / سمة)، قائمة مسح المخاوف المرضية Fear Survey Scheduale، قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventoryالخ.

ويمكن الحصول على معلومات أكثر استفاضة عن الاختبارات والمقاييس المختلفة في:- (جابر، ١٩٧٥؛ غنيم، ١٩٧٥؛ مليكه، ١٩٨٥؛١٩٩٧؛ ١٩٩٨؛ إبراهيم، ١٩٨٨؛ الزيادي، ١٩٨٨)

تكامل معلومات الأدوات الإكلينيكية التشخيصية:-

يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بتنظيم المعلومات التي يصل إليها عن طريق أدواته التي تم عرضها في الفقرات السابقة والخاصة بالعميل ومشكلته والعوامل التي أدت إليها والظروف البيئية والاجتماعية المحيطة به وسماته الشخصية والعقلية الخ وذلك في الوعاء الذي يتناسب مع توجهه التنظيري، فالأخصائي النفسي الإكلينيكي الذي يتبع أساليب العلاج النفسية التقليدية عامة والتحليل النفسي خاصة يكون وعاء تكامل المعلومات الأمثل له هو ما يسمى "دراسة الحالة" (و هي المجال التي أكتشف من خلاله نظرية التحليل النفسي وما زالت هي السبيل في محاولات تطويرها). بينما الأخصائي النفسي الإكلينيكي الذي يتبع أساليب العلاج الحديثة (السلوكية والمعرفية) يكون وعاء تكامل المعلومات الأمثل له هو ما يسمى "التقرير النفسي". ورغم أن كل منهما يحتاج إلى نفس المعلومات ويستخدم نفس الأدوات ولكن بمستويات أهمية أو عمق مختلفة، وأيضاً عناصر كل منهما متشابهة الى حد ما، إلا أن التقرير النفسي يكون أكثر إيجازا كما سيتضح في الفقرات التالية

نموذج دراسة الحالة:- يمكن أن تصاغ المعلومات في العناصر التالية:-

البيانات المميزة للعميل: وتتضمن الاسم، نوع الجنس، السن، المستشفى أو العيادة التي أجريت بها دراسة الحالة، تاريخ دخول المستشفى، الحالة الزواجية، المهنة الحالية، محل إقامة العميل، اسم الطبيب النفسي، اسم الأخصائي النفسي، اسم الأخصائي الاجتماعي.

الشكوى:- سبب الإحالة أو المشكلة كما يذكرها العميل وجهة الإحالة والأقارب.

الخلفية التاريخية للعميل: وتتضمن:

بيئة العميل (الجغرافية والثقافية والاقتصادية)؛

النمط العائلي (عمر الوالدين ومستواهما التعليمي والاقتصادي، وعدد أفراد الأسرة والعلاقات السائدة بينهما، والعلاقة بين الوالدين وبينهما وبين الأبناء، التربية الدينية والخلقية)؛

ج) التاريخ الشخصي للعميل: ويتضمن ظروف ولادة ورضاعة وفطام العميل واضطرابات النمو التي مرّ بها إن وجد، وو الاتجاه السائد في الطفولة (متعاون، مطيع، سلبي، خجول الخ)؛

التاريخ التعليمي: ويتضمن سن دخول المدرسة ومستويات التحصيل للعميل والمواد الدراسية المفضلة والصداقات المدرسية ومدى عمقها الخ؛

هـ) التاريخ المهني: ويتضمن الميول والإنجازات المهنية ومدى استقرار العميل في العمل وتوافقه وتعامله مع زملائه ورؤسائه ومرءوسيه ومتطلبات المهنة؛

و) التاريخ الجنسي والزواجي للعميل: ويتضمن متى وكيف اكتسب العميل أولى المعلومات الجنسية ؟ وفكرته عن العلاقات الجنسية، وخبرات البلوغ ذات الطابع الجنسي الخ.

ز) التاريخ الطبي: ويوضح به التاريخ المرضي للعائلة وهل توجد اضطرابات عقلية لدى أحد أفراد العائلة أم لا.

ح) الاهتمامات والعادات: ويوضح بهذا الجزء اهتمامات وهوايات العميل وجميع الأنشطة التي يقوم بها.

نشأة وتطور المرض الحالي: يوضح الأخصائي النفسي الإكلينيكي في هذا الجزء التسلسل الزمني للأحداث المرضية ومقارنة الخصائص السلوكية والانفعالية والعقلية للعميل قبل وبعد المرض.

المظهر الحالي والسلوك العام: وهي الملاحظات عن المظهر الجسمي للعميل وعمره الظهري والعادات الحركية الخ

القدرة على التركيز: والتي تتضح من مدى قدرة العميل على التركيز في القراءة أو فهم التعليمات أو ما يتبين من نتائج بعض الاختبارات الفرعية لاختبار وكسلر للذكاء.

التفكير: وينظر إلى التفكير من خلال زاويتين، الأولى هى محتوى التفكير من حيث الاعتقادات والأفكار الثابتة واتجاهاته العقلية التي يؤمن بها العميل (مثل توهم المرض، الأفكار الو سواسية، التشكك، أفكار العظمة أو الضلالات الخ)، والزاوية الثانية هي مجرى التفكير: وهو ما يتضح من طريقة تعبير العميل عن أفكاره وهل تتسم هذه الطريقة بالترابط أم بالتفكك بتطاير الأفكار أم بتسلسلها، وهل أن العميل يعبر عن ضغوط الأفكار في ذهنه وما يسمى "سلاطة الكلام" الخ

الحالة الانفعالية: والمقصود بها الحالة الانفعالية السائدة لدى العميل (كآبة، مرح، قلق الخ) وهل يحدث تقلباً وجدانياً أو انفعالياً لدى العميل أي من البكاء للضحك أو العكس من لحظة إلى أخرى. وأيضاً مدى ملاءمة الاستجابات الانفعالية مع محتوى الأفكار المعبّر عنها.

الوظائف الحسية والقدرات العقلية للعميل: وهي عبارة عن الوعي بالزمان والمكان، الذاكرة (المباشرة والقريبة والطويلة المدى)، مستوى الاستيعاب والفهم، الذكاء، القدرة على الاستبصار.

الاختبارات السيكولوجية: وهذا العنصر من دراسة الحالة يهتم بتفسير نتائج الاختبارات التي طبقت على العميل من خلال السياق العام للمعلومات.

الفحوص الطبية والتحليلات المعملية: وهنا يجب على الأخصائي النفسي الإكلينيكي توضيح نتائج الفحوص الطبية على حواس ومخ العميل والمؤشرات الفسيولوجية الخاصة به.

الصياغة التشخيصية: وهذه الصياغة تتم في ضوء نمطي التشخيص التي سبق ذكرهما.

تصور عن الخطة العلاجية المناسبة. (مليكه، ١٩٨٥)

نموذج التقرير النفسي:- يعتبر التقرير النفسي Psychological Report هو لغة التواصل بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي وبين أعضاء فريق العمل العلاجي (طبيب نفسي، أخصائي مخ وأعصاب الخ) ولذا يكتب بلغة مركزة وبسيطة، وعناصره كما يلي:-

1) Name:

2) Age:

3) Referred By:

4) Date of Testing:

5) Problem:

6) Previous Tests:

8) Assessment of Results

9) Conclusion and Recommendations

يعرض في الجزء الخاص بالمشكلة توضع الفروض التي يجب التحقق منها من خلال المقاييس المختلفة، وتصاغ هذه الفروض من المعلومات التي يتم الحصول عليها من العميل. ويعرض في الجزء الخاص بتقييم النتائج مدى اتفاق أو تعارض نتائج الاختبارات كما يشار إلى الأعراض وليس مسمى المرض - التي يعاني منها العميل. بينما الجزء الأخير من التقرير يختص بالاحتياجات العلاجية أو الإرشادات التأهيلية المناسبة مع شكوى ونتائج الاختبارات للعميل (مجدي، ١٩٨٧).

المراجع

١- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ للنشر.

٢- القاطعي، عبد الله بن على (١٩٩٦). الدلالات الإكلينيكية لاختبار وكسلر لذكاء الأطفال المعدّل (الصورة السعودية): الأطفال ذوي النشاط الحركي وضعف الانتباه. دراسات نفسية، ٦ (١)، ٦٥-٨٠.

٣- سويف، مصطفى (١٩٨٤). معايير الأداء النفسي على المقاييس والاختبارات السيكولوجية. قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة، غير منشور.

٤- عمر، ماهر محمود (١٩٩٢). المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

٥- غنيم، سيد (١٩٧٥). سيكولوجية الشخصية: محدداتها، قياسها، نظرياتها. القاهرة: دار النهضة العربية.

٦- مجدي، صفية (١٩٨٧). محاضرات التدريبات الإكلينيكية. دبلوم علم النفس التطبيقي. غير منشورة

٧- مليكه، لويس (١٩٨٥). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية. الجزء الأول. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٨- مليكه، لويس (١٩٩٧). التقييم النيوروسيكولوجي. القاهرة: النهضة العربية

٩- مليكه، لويس (١٩٩٨). الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية. القاهرة: النهضة العربية.

1- Garb, H. N. (1999). *Studying the clinician: Judgement research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.

الفصل الرابع

العلاج بالتحليل النفسي

يعتبر من أشهر أساليب العلاج النفسي حتى على مستوى غير المتخصصين أو العامة هو العلاج بالتحليل النفسي. وقد أسسه سيجموند فرويد S. Frued الذي أوضح في أفكاره وكتاباته أن الإنسان يولد بنوعين من الغرائز؛ المجموعة الأولى يتضمن الحاجات الجسمية المتمثلة في الجوع والعطش الخ والمجموعة الثانية تتضمن نوعين من الغرائز هما غريزة الحياة Eros وغريزة الموت Thanatos، وطاقة نفسية جنسية الدافعة في غريزة الحياة أطلق عليها اسم "الليبيدو" Libido (و هو جزء من الهو يبحث عن إشباعه من الحوافز الجنسية أو بمعنى أشمل اللذة الجنسية)، وتلك الطاقة هي التي تدفع الشخصية نحو ما هو مرض أو صحة. وتتميز الغريزة من وجهه نظر فرويد بخصائص أربعة هي: أ) المصدر source وهي الحالة البدنية المرتبطة بتوتر الحاجة؛ ب) الهدف aim وهو التخلص من الاستثارة البدنية؛ ج) الموضوع objectوهو كل النشاط الذي يحدث ما بين ظهور الحاجة وإشباعها؛ د) القوة الدافعة impetusويقصد بها شدة الحاجة المحركة للنشاط حتى يتم الإشباع.

بناء الشخصية من وجهه نظر فرويد

تتكون الشخصية من ثلاثة أنظمة هم:-

الهو ID: ومضمونه كل ما هو موروث لذا فهو يتألف أولاً من الميول الغريزية الصادرة من التنظيم الجسمي، وهو الجزء المستوطن به النزعات الهمجية والحيوانية والغير مرغوبة أو المرفوضة اجتماعياً والتي لا تتسم بأي منطق والتي تم كبتها بناءاً على مقاومة الحياة الشعورية للفرد. ويتبع الهو مبدأ اللذة؛ الذي ينظر إليه فرويد بأنه نزعة فطرية لدى الفرد تحدد الأسلوب الذي سيخفض به توتراته النفسية، وذلك المبدأ هو الذي يسيّر حياة الفرد حيث أنه يهدف دائما إلى الحياة السارة وغير المؤلمة. ولكي يحقق الهو اللذة يقوم باستخدام عمليتين هما "الفعل المنعكس" (وهو رد الفعل الطبيعي الذي يؤدي إلى

خفض التوتر مباشرة)، و"العمليات الأولية" (وهي عبارة عن رجع سيكولوجي بمحاولة خفض التوتر بتكوين صورة لموضوع من شأنه الوصول بالفعل إلى خفض التوتر مثل أحلام النوم)، ونظراً لأن العمليات الأولية لا تستطيع وحدها خفض التوتر، يظهر ما أسماه فرويد العمليات الثانوية والتي تعمل في ظل المكون البنائي الثاني للشخصية وهو الأنا.

وعند تأثر الفرد بالبيئة الخارجية والواقع المحيط به يطرأ تغير ما علي جزء خاص من الهو لكي يحاول المواءمة بينه وبين العالم الخارجي وقد أطلق فرويد علي هذا الجزء مسمى "الأنا" Ego وبالتالي فإن هذا الجزء يتسم بالتعقل والوعي الذي يوجه الفرد نحو التصرف أو السلوك طبقاً لمتطلبات الواقع. ويوجد عدد من الخصائص الرئيسية للأنا وهي: أ) السيطرة على الحركات الإرادية؛ ب) الحفاظ على الذات وذلك من خلال تعلم كيفية معالجة المنبهات الخارجية وذلك بتخزينها مع خبرات تتعلق بها (الذاكرة)، أو تفاديها إذا كانت مفرطة في قوتها (الهرب)، بينما المنبهات المعتدلة تستقبل (بالتكيف) معها؛ ج) تعديل العالم الخارجي تعديلاً يعود عليه بالنفع. ويحاول الأنا السيطرة على الدوافع الغريزية في الهو ويقرر ما إذا كان يسمح لها بالإشباع وكيفية هذا الإشباع أو يسمح بإرجاء هذه الدوافع لحين الظروف المواتية لإشباعها أو قمعها نهائيا أي محاولة تحقيق رغبات الهو ولكن بتفكير واقعي وهذا ما أسماه فرويد العمليات الثانوية. ودائماً ما يحرك الأنا مبدأ الواقع الذي يعمل وفق العمليات الثانوية (و يقصد به فرويد أن الإنسان بجانب بحثه عن اللذة- مرتبط بحدود الواقع ويمكن أن يؤجل، وبالتالي فهذا المبدأ مكتسب أو متعلم)، ونظراً لذلك فإن الأنا تفكر تفكيراً موضوعياً ومسايراً للمعايير الاجتماعية، وعادة ما يستجيب لتوقع الألم باستجابة القلق. وتعتبر حالة النوم هي فقدان مؤقت لصلة الأنا بالواقع والتي من خلالها يحدث تنظيم لتوزيع الطاقة النفسية للفرد. ومما سبق يتضح أن وظيفة الأنا هي الدفاع عن الشخصية والعمل على توافقها مع متطلبات البيئة وحل الصراع بين حاجات الفرد والواقع الذي يعيش فيه.

الأنا الأعلى Super-Ego :- وهو المكون البنائي الثالث من الشخصية، وهو الذي تستدخل به القيم والمعايير والقواعد التقليدية للمجتمع، وهو يتكوّن من خلال التنشئة الاجتماعية وعملية الثواب والعقاب التي يمارسها الوالدين مع الطفل لتقويم سلوكه، وبالتالي يعتبر الأنا الأعلى بمثابة "الضمير"، ويقوم بعدد من الوظائف منها:- أ) كف دفعات الهو والتي يدينها المجتمع؛ ب) إقناع الأنا بإحلال الأهداف المثالية الأخلاقية محل الأهداف الواقعية؛ ج) العمل على بلوغ الكمال دائماً. وإذا كان على نقيض الهو من حيث المحتوى والوظائف إلا أنه يتماثل معه في أنهما يتسما "بعدم المنطقية". (ناي، ٢٠٠٣؛ فرويد، ٢٠٠٠ ؛لندزي، ١٩٧١؛ غنيم، ١٩٧٥).

حالات الشعور

يعتبر نظام فرويد الوصفي لحالات الشعور جزءاً هاماً في نظريته ومتكامل مع بناء الشخصية، وهو يعالج الشعور تبعاً لثلاث مستويات وهي:

الشعور:- وهو ذلك الجانب من حياة الفرد (العقلية والوجدانية، الأحداث الخارجية والداخلية) والتي يكون على وعي تام بها، وتلك الحالة الشعورية هي التي تمكن الفرد من معرفة ما يدور حوله وما يحس به ويستطيع توجيه انتباهه إليه. وهذه الحالة الشعورية هي التي تكون مسيطرة على جزئية الأنا في بناء الشخصية.

ما قبل الشعور (القبشعور):- وهذا المستوى يقع بين حالتي الشعور واللاشعور، وهو منطقة (أو مستوى) وهمي أو افتراضي يتجمع به الذكريات والأحداث والخبرات التي تم اكتسابها في الماضي وليست موضع اهتمام الشخص حالياً ولكن يمكنه الوصول إليها وإدراكها عند التركيز عليها ومحاولة استحضارها والخروج إلى حيز الشعور.

اللاشعور:- وهو يتكون من القوى والدوافع التي لا تتوافق مع الشخصية الشعورية (الأنا)، وهذا يوضح أنها مرت قبل ذلك في الشعور ولعد انسجامها تم معالجتها بميكانزمات دفاعية (الكبت) لتستبعد من الشعور. وبالتالي فاللاشعور

هو مستودع عقلي لخبرات الإنسان التي لا تقيد بشروط ومتطلبات كل من الأنا والأنا الأعلى. (ناي، ٢٠٠٣؛ لندزي، ١٩٧١؛ غنيم، ١٩٧٥)

تطور الشخصية

أكد فرويد على أهمية سنوات الطفولة المبكرة والمتأخرة لإرساء الخصائص الأساسية في بناء الشخصية، وأن الشخصية يعاد صياغة أساسياتها مرة أخري أو تطورها كاستجابة للتوتر الناتج عن عمليات النمو الفسيولوجي؛ الإحباطات؛ الصراعات؛ والتهديدات، حيث يتعلم الفرد أساليب لخفض التوتر ومن هنا يحدث تطوراً للشخصية.

ومن أهم الأساليب التي يتعلمها الفرد لخفض توتراته وحل الاحباطات التي يمر بها أسلوبي التعيين والإزاحة وهما بالتفصيل كما يلي:-

التعيين أو التوحد Identification:- وهو الطريقة التي يتمثل بها الفرد سمات شخص آخر وتكون كجزء مكوّن لشخصيته وبها يتعلم كيفية خفض توتراته، ويشير فرويد إلى أن التعيين يختلف عن التقليد، حيث أن الأول عملية لاشعورية بعيدة المدى ونتائجها ثابتة حيث تصبح السمات المكتسبة جزءاً أساسياً في الشخصية بينما التقليد يكون محاكاة سطحية لسلوك الآخر ويكون عملية شعورية قصدية. وعادة لا يتم تعيين كل جوانب سلوك الشخص الآخر ولكن ما يحدث هو أن الفرد يستدمج فقط السمات التي يعتقد أنها تساعده على الوصول لهدفه وخفض التوتر. ويمكن أن يتم التعيين ليس فقط للأشخاص الموجودين في الحياة الواقعية ولكن أيضاً يتم لسمات الأبطال في القصص الخيالي والأفكار المجردة. ويعتبر التعيين هو الأسلوب الذي تتكون به الأنا الأعلى (النوع الأول من التوحد والذي يحدث في السني الأولى من مراحل النمو) كما يعتبر حيلة دفاعية (التوحد الثانوي الذي يهدف إلى تجنب المواقف المؤلمة) ومن ثم فإن البناء النهائي للشخصية هو تراكمات من التعيينات التي تتم في الفترات الحياتية المختلفة للفرد.

الإزاحة:- وهو العملية التي تحدث عندما يكون الموضوع الأصلي للغريزة (الهدف) لا يمكن إشباعه أو تحقيقه لوجود عوائق خارجية أو داخلية

فيتم الإزاحة نحو موضوع آخر يمكن به خفض التوتر. وقد أكد فرويد أن بالإزاحة يمكن عمل كف للخيارات البدائية للموضوعات وتحويل أو إزاحة الطاقة الغريزية إلى مسارات واتجاهات مقبولة اجتماعياً وقد أطلق علي هذا النمط من الإزاحة الخلاقة مسمى "الإعلاء أو التسامي" sublimation. ويقرر فرويد أن اتجاه الإزاحة يصاغ من خلال عاملين هما:- أ) تشابه الموضوع البديل مع الموضوع الأصلي؛ ب) التحريمات والعقاب والإثابة التي يفرضها المجتمع على أعضائه. (ناي، ٢٠٠٣؛ فرويد، ٢٠٠٠؛ لندزي، ١٩٧١).

العمليات (الميكانزمات) الدفاعية للأنا

عندما تقع الأنا تحت سيطرة المخاوف والتنبيهات التي تعجز في السيطرة عليها والآتية من تهديدات بيئية (و التي يطلق عليها فرويد الحصر)، لا يكون أمام الأنا سوى استخدام عمليات دفاعية لحمايتها من تلك التهديدات وتسمى هذه العمليات "الميكانزمات الدفاعية" والتي تتميز بسمتين هما:- أ) إنكار أو تحريف أو تزييف الواقع؛ ب) تعمل تحت سيطرة اللاشعور ومن ثم لا يدرك الفرد ما يحدث. ومن الميكانزمات الدفاعية التي أشار إليها فرويد ما يلي:-

الكبت Repression:- وهو من أقدم المفاهيم التي قدمها فرويد قبل إتمام صياغته لنظريته في بناء الشخصية، وتقريره أن ما قبل الشعور يحتوي على مواد سيكولوجية لا شعورية يمكن أن تكون شعورية عند الحاجة إليها بينما المواد الموجودة في اللاشعور فهي في حالة كبت. ومع تطور نظرية استبقى على هذا المفهوم باعتباره أحد العمليات الدفاعية للأنا والتي بها تبعد الأنا موضوع يثير التوتر أو الخوف (قد يكون موضوع فيزيقي، ذكرى موضوع معين أو مشاعر غير مقبولة اجتماعياً)، ويتخذ الكبت صورتين هما: أ) طرد الدوافع والانفعالات والذكريات الشعورية المؤلمة والمخزية والغير مقبولة اجتماعياً وإدخالها في نطاق اللاشعور؛ ب) ثم منع تلك المواد اللاشعورية التي تم كبتها من الظهور في نطاق الشعور. والكبت ما أن يحدث لا يمكن إزالته إلا باختبار الموضوع الذي تم كبته بالواقع ونظراً لأن معظم المواد التي يتم كبتها

تحدث في مرحلة الطفولة لذا يصعب حدوث مثل هذا الاختبار ومن هنا يحمل الراشد معه قدراً من المخاوف الطفلية.

ويجب التمييز بين عمليتي الكبت والتسامي ففي الأولى تستبعد الأنا الدافع الغريزي تماماً عن مجال الشعور، بينما في التسامي تتقبل الأنا الدافع الغريزي إلا أنها تقوم بتحويل طاقته من الموضوع الأصلي إلى موضوع آخر له مقبوليته وقيمته الثقافية والاجتماعية.

الإسقاط Projection:- ظهر هذا المصطلح لدى فرويد في مقال عن عصاب القلق عام ١٨٩٤، كما أوضحه في مقال آخر عام ١٨٩٦ عن العمليات الدفاعية للعصاب فهو أحد العمليات المعرفية التي يعزو بها الفرد دوافعه واحساساته ومشاعره -الغير مقبولة اجتماعياً أو المخزية مثل الموضوعات الجنسية والعدوانية - إلى الآخرين أو العالم الخارجي وبالتالي تتخلص الأنا من مسببات الألم لها. وتعتبر عملية الإسقاط تسير وفق مبدأ اللذة وتقوم على الأسس التالية: أ) عملية لاشعورية؛ ب) وبالتالي فهي عملية دفاعية ضد الدوافع والرغبات اللاشعورية؛ ج) تعزو تلك الدوافع إلى الخارج أو إلى الآخرين.

النكوص Regression:- ويقصد به عودة الفرد إلى الأساليب السابقة التي كان الفرد يعبر بها عن دوافعه في مراحل نموه الأولى (مثل عودة الطفل إلى التبول اللاإرادي كتعبير عن الغيرة من مولد طفل جديد). والنكوص من وجهه نظر فرويد هو تعبير عن مبدأ إجبار التكرار repetition compulsion حيث أن الشخصية الإنسانية تميل إلى تكرار الأساليب والأنشطة التي نجحت سابقاً. والمرحلة التي يحدث إليها نكوصاً تكون هي نفسها تلك المرحلة التي حدث بها أثناء مراحل النمو تثبيتاً (والتثبيت fixation هو عملية دفاعية أخرى تعني وقوف الفرد على مرحلة نمو خوفاً من الانعصابات التي توجد في المرحلة التالية للنمو) وبالتالي يعتبر هذا النكوص "زمنياً" وهو الذي يميز الأمراض الذهانية، بينما يوجد نوع آخر من النكوص والذي يطلق عليه فرويد بالنكوص "المحلي" ويقصد به عودة الإثارة في الجهاز النفسي من "ما قبل الشعور" إلى "اللاشعور" كما يحدث في الحلم.

تكوين رد الفعل Reaction formation:- وتتضمن هذه العملية الدفاعية إبدال المشاعر المثيرة للقلق إلى ما يناقضها كإظهار مشاعر الحب المتطرف كبديل عن مشاعر الكراهية المستهجنة اجتماعياً أو إظهار سلوك الجرأة والشجاعة كبديل عن مشاعر الخوف الشديد، ويتضح مما سبق أن عملية تكوين رد الفعل تتميز بالإسراف أو التطرف في التظاهر. (ناي، ٢٠٠٣؛ فرويد، ٢٠٠٠؛ لندزي، ١٩٧١؛ غنيم، ١٩٧٥)

الاضطرابات النفسية من وجهه نظر التحليل النفسي

يرى نموذج التحليل النفسي أن الأمراض النفسية ترجع إلى الحرمان والكبت في الطفولة وحدوث عملية تثبيت لأدوار مرحلة نضج معينة وبالتالي فإن هدف التحليل النفسي هو استقراء اللاوعي (اللاشعور) لاستيضاح مرحلة الطفولة (كمال: ١٩٨٧). وترجع المخاوف أو الأعراض العصابية عامة إلى صراعات لاشعورية لم تحل (و كبتت دون إعمال الفكر ومن ثم تبقى محتفظة بطاقتها في اللاشعور) وخبرات الطفولة كما أن القلق العصابي ما هو إلا عدم قدرة العميل على كبت المشاعر البدائية أو الدفعات الغير مقبولة كلياً وتظهر في صورة الأعراض المرضية التي تنتاب العصابيين. كما يدل القلق الشديد وطويل الأمد ضعف الأنا وعدم قدرتها على التغلب بصورة واقعية على المشكلات الخارجية -القلق الواقعي- والتحكم في الصراعات الداخلية - القلق العصابي والقلق الأخلاقي-. (Rathus, 1990) (ناي، ٢٠٠٣؛ فرويد، ٢٠٠٠).

فنيات العلاج بالتحليل النفسي

يهدف العلاج بالتحليل النفسي إلى الكشف عن الرغبات المكبوتة وحل الصراعات اللاشعورية وذلك بإعادتها وإخراجها إلى حيز الشعور كخطوة أولى ثم إصدار حكم واقعي عليها بديلا عن الكبت اللاشعوري، ومن أجل الوصول إلى هذا الهدف يقوم المحلل النفسي باستخدام عدد من الفنيات منها:-

التداعي الحر free association:- وقد استخدم فرويد هذه الفنية بعد أن استخدم في بادئ الأمر طريقة التفريغ أثناء التنويم إلا أنه وجد أنها تؤدى إلى

شفاء مؤقت للأعراض وليس للأسباب كما أنه يصعب عمل تنويم لبعض الأفراد فتوجه إلى استخدام الإيحاء إلا أنه توصل أيضا إلى أنه لا يستطيع دائماً باستخدام الإيحاء دفع المريض على تذكر الحوادث والخبرات الماضية التي قد تكون مسببة للمرض كما أن هذه الطريقة بها قدر من المشقة للمريض والمعالج ومن ثم رأى أن يعدّل طريقته إلى حث المريض إلى الاسترسال في أفكاره وكل ما يخطر بباله من ذكريات ومشاعر دون التقيد بأي شرط وهذه الطريقة التي ابتكرها أطلق عليها التداعي الحر. ويتطلب ذلك أن لا يقوم المريض بمراقبة ما يقول وأن ينطلق بحرية كاملة في الحديث دون محاولة تجميل أو تنميق الكلام أو اختيار الموضوعات أو الحكم عليها بأنها لائقة أو غير لائقة. ويعتقد فرويد أن هذه الطريقة تؤدى إلى أن يستكشف كل من المريض والمعالج العوامل والأسس اللاشعورية المسئولة عن المشكلات المرضية بصورة أو بأخرى. ولم تعد هذه الفنية بالانتشار بين المعالجين كما كان في بداية ظهور التحليل النفسي وأيضاً أصبح المعالجون أقل تمسكاً بالشكل التقليدي لها (و هو استلقاء المريض على أريكة). (فرويد، ٢٠٠٠؛ إبراهيم، ١٩٨٨).

تحليل الأحلام: يعتبر الحلم هو الوسيلة المشروعة لظهور مكنون الهو الذي ترفضه الأنا. والحلم كما يتم تذكره في اليقظة ليس هو الحلم الحقيقي وبالتالي يمكن التمييز بين المضمون الظاهر للحلم manifest content وهو الشق الصريح المباشر والذي عادة لا يلتفت إليه المعالج كثيراً، وأفكار الحلم الكامنة latent dream thought وهو الشق الرمزي وعملية صياغة الحلم هي التي تحول الأفكار إلى الشكل الظاهري للحلم. ويتطلب الحلم نوعاً من الترجمة لرموزه، ويعتبر التداعي الحر وسيلة لمعرفة دلالة هذه الرموز بالنسبة للمريض والتي تتحكم فيها قوانين اللاشعور. وشق أفكار الحلم الكامنة يحتوي على رموز يقسمها فرويد إلى ثلاثة أنواع هي:- أ) الرموز العالمية (و هي الرموز البشرية الأساسية)؛ ب) رموز محلية وهي التي تكتسب دلالتها من خلال الحضارة النابعة منها؛ ج) رموز نوعية وتكتسب دلالتها من خبرات الفرد نفسه والتي يمكن اكتشافها من خلال عملية التداعي الحر. (ناي، ٢٠٠٣؛ يونس، ١٩٨٧) .(Eisner, 2000)

العبارات والأفعال الجبرية:- يرى فرويد أن مكنون اللاشعور يمكن أن يجد طريقه إلى الشعور من خلال الهفوات parapraxis التي يسلكها الفرد سواء في صورة لفظية أو صورة فعل كما أن الهاديات الجسمية رغم قلة اعتماد المحللين النفسيين عليها مثل زيادة العرق أو احمرار الوجه (ردود الفعل الفسيولوجية) يمكن إدراجها أيضا تحت السلوك الجبري لتحكم اللاشعور بها أيضاً. (فرويد، ٢٠٠٠؛ يونس، ١٩٨٧).

تحليل التحويل:- يعتبر التحويل مادة مهمة لمعرفة مكنون اللاشعور، و يقصد بالتحويل transference في التحليل النفسي على الموقف الانفعالي (سلبي أو إيجابي) الذي يقفه المريض تلقائياً تجاه المحلل النفسي والذي لا يعبر عن مشاعر حالية ولكنها مشاعر لا شعورية طفليه يحياها المريض مرة أخرى في الموقف العلاجي. ويعتبره فنيكل Fenichelفهماً خاطئاً للحاضر في ضوء الماضي (فرويد: ٢٠٠٠). ويعتبر تحليل التحويل من أهم السمات المميزة لتكنيك التحليل النفسي، فيظل المحلل أثناء العلاج حيادياً وموضوعياً حتى يسمح للمريض بإسقاط التشوهات الادراكية. وقد نظّر فرويد التحويل على أساس أن المريض يعيد إحداث الخبرات اللاشعورية من ذكريات الطفولة والخيالات المكبوتة في صورة حالية أو آنية، ففي العلاقات الشخصية للراشدين تتسلل إليها الاتجاهات اللاشعورية المحملة بالصراعات من تفاعلات مرحلة الطفولة. وبناءاً على التوجه العام لنظرية التحليل النفسي أن المريض لا يكون لديه الوعي بذلك رغم أن ردود الفعل في الطفولة المبكرة تكون غير مناسبة لتطبيقها في المواقف الخاصة بالرشد. فقد يرى المريض المعالج على أنه الأب أو أي نمط للسلطة ويحوّل مشاعره من الزمان والمكان الى الموقف العلاجي، ويستخدم المحلل النفسي هذا ويسميه التحويل العصابي.

وعندما يمتلك المعالج المعلومات الكافية عن المريض التي تؤهله لتفسير الأعراض المرضية، حينئذ يقابل المريض عدم موافقته على التفسيرات بسلوك يسمى التحويل السلبي negative transference بمحاولة إعاقة مجهودات المعالج ومع المقاومة يقدم المعالج استبصارا للعميل تسمح له بالوصول إلى التشوشات المعرفية والوجدانية المكونة للعصاب.

وبالرغم من أن التحويل يتعلق بأحد أهم الوجهات الانتقادية للتحليل النفسي إلا أن العديد من المدارس التحليلية تختلف موقفها في كيفية التعامل مع تفسير التحويل. وقد يزيد من الانتقادات وجود ما أطلق عليه التحليلين التحويل العكسي أو المضاد counter-transference والذي يشير إلى التشوهات الادراكية والمعرفية والوجدانية لخبرات المحلل النفسي تجاه المريض في الموقف العلاجي. لذلك يخضع المحلل النفسي إلى تدريب صارم في مؤسسات التحليل لاستئصال مشكلات التحويل العكسي قبل ممارسة العلاج، إلا أنه قد يظهر أثناء الموقف العلاجي لذا يلزم أن يتلقى المحلل أن يتلقى إشرافا من زميل أو ينهي العلاقة العلاجية مع المريض.

ويوجد وجهات نظر متعددة لكيفية التعامل مع التحويل العكسي، فالبعض يرى أنه مشكلة يجب أن تستبعد والبعض الآخر يرى أنه يساعد في كشف ما يملكه من مشاعر، ولكن من الواضح أن التحويل العكسي يمكن أن يهدم الموقف العلاجي كلية. (Eisner, 2000).

التفسير والاستبصار insight:- ويشير الى فهم المريض لنفسه والعلاقة بين أعراضه المرضية وبناء شخصيته وبالتالي حل الصراعات الداخلية -التي كانت في حيز اللاشعور- على مستوى الوعي، ويتم الاستبصار بناءاً علي التفسير الذي يقوم به المعالج وذلك من خلال المعلومات التي توصل إليها من الفنيات السابقة الذكر ويقتنع بها المريض. ومن المعروف أنه يجب على المعالج النفسي أن يعرض تفسيراته في الوقت المناسب فلا يكون متعجلا في ذلك فتزيد احتمالات الخطأ ومن ثم يفقد مصداقيته لدي المريض، ولا يكون التفسير متأخراً وبالتالي يفقد المحلل أيضاً ثقة المريض به.

مفاهيم خاصة بعلاج التحليل النفسي

يوجد بعض المفاهيم التي يختص بها العلاج بالتحليل النفسي وهي:-

١-معدّل الجلسات:- يقرر فرويد بأن أفضل معدّل للجلسات العلاجية هو ست جلسات أسبوعياً (يفضل التحليليون الأمريكيون أربع جلسات أسبوعياً) وذلك بهدف سرعة ملاحقة الأفكار أو الموضوعات التي يتناولها المريض في

التداعي الحر، وعدم إعطاء الفرصة لإحداث وقفات في مسار التداعي، وأيضاً عدم إعطاء الفرصة لنشوء المقاومة لدى المريض.

٢-استخدام الأريكة:- يستلقي المريض على الأريكة أثناء التداعي الحر بهدف الوصول إلى قدر من الاسترخاء مما يسهل عملية التلفظ، وخفض سيطرة الأنا مما يخرج مكنون اللاشعور في صورة نكوص أو تحويل.

٣-المقاومة: وهي محاولة المريض الواعية للسيطرة على التعبير التلقائي عن الصراعات الداخلية، وهذه المقومة تتخذ عدد من أشكال الإعاقة منها:- نقد المعالج، التأخير عن موعد الجلسات العلاجية، التداعي الحر الزائف، كثرة السلوك الحركي غير الهادف.

تقييم العلاج بالتحليل النفسي

من أكثر النظريات التي تعرضت إلى النقد نظرية التحليل النفسي، حيث تفتقر إلى إثبات صدق فروضها بطريقة تجريبية، فقد قرر فرويد أنه كان لا يسجل ما يقوله أو يفعله المرضى أثناء الجلسة العلاجية ولكن في صورة مذكرات بعد ذلك مما قد يؤدي تحريف أو نسيان بعض الوقائع. كما أن فرويد لم يحاول التيقن من مدى صدق المعلومات التي يحصل عليها من المريض. ونظراً لأن التقييم هنا ليس بصدد النظرية ولكن بصدد العلاج لذا يمكن الرجوع تفصيلا إلى نقد النظرية إلى لندزي ١٩٧١.

عند محاولة تقييم مدى فعالية أي تكنيك علاجي يلزم وضع ما هو مسمي نسبة الشفاء التلقائي لأمراض العصاب في الاعتبار. والمقصود بها أن أعراض العصاب يمكن أن تنخفض شدتها دون أي تدخل علاجي. وقد أشارت الدراسات إلى أن هذه النسبة حوالي ٦٦ % في مدة ٢ ٣ سنوات تقريباً. وبالتالي يبرز هنا تساؤلا هل العلاج بالتحليل النفسي يحقق نتائج أفضل من الشفاء التلقائي ؟ وللإجابة علي هذا التساؤل صدم أيزنك (Eysenck, 1952) الأوساط العلمية بدراسته التي توصل بها إلى أن نسب العلاج بالتحليل النفسي ليس أفضل من الشفاء التلقائي وذلك من خلال فحص لسجلات العديد من المرضى الذين تلقوا بالتحليل النفسي وغيره من الأساليب العلاجية التقليدية مقارنة بمرضى في قائمة

الانتظار (أي لم يتلقوا أي أسلوب علاجي) وأيضاً بمراجعة أربعة وعشرون دراسة عن العلاج بالتحليل النفسي فقد توصل إلى أن نسبة التحسن في الأعراض هو ٣٩ %. و هذه النتائج أيدت نتائج دراسات كل من نايت Knight ١٩٤١ (نسبة الشفاء ٥٥,٩% باستخدام ٩٥٢ حالة مرضية) ودراسة بايبر Bieber على مرضى الجنسية المثلية، إلا أن بعض الدراسات الأخرى مثل دراسة ملتزوف وكورنرايك Meltzoff & Kornreich ١٩٧٠و دراسة بيرجين Bergin ١٩٧١ والتي كانت نسبة الشفاء بهما ٨٠ % و ٩١ % على التوالي. (Rachman & Wilson, 1980) (إبراهيم، ١٩٨٨؛ ويونس، ١٩٨٧).

وعند تقييم الفعالية العلاجية لأسلوب العلاج بالتحليل النفسي تثار مشكلتان خطيرتان يمكن أن تعوق إجراء دراسات تقييمية مضبوطة وهما:-

المشكلة الأولى وهي اختيار المرضى: لا يمكن الجزم بأن مرضى العصاب الذين يعالجون بالتحليل النفسي هم عينه ممثلة لمرضى العصاب عامة، فقد أكدت معظم الدراسات أن ما يزيد عن نسبة ٥٠ % ممن يعالجون بالتحليل النفسي مستواهم التعليمي جامعي وما فوق الجامعي كما أن نسبة كبيرة منهم ذوي مستويات اقتصادية واجتماعية مرتفعة ويشغلون مهن مرتفعة المستوى. وهذا يعني أن العلاج بالتحليل النفسي لا يستخدم مع غير المرضى ذو المستوى التعليمي والمهني والاقتصادي والاجتماعي المرتفع.

المشكلة الثانية وهي الانسحاب من العلاج قبل إتمامه:- فنظراً لأن العلاج بالتحليل النفسي يستغرق وقتاً طويلاً (٣- ٧ سنوات) كما يتطلب عددا كبيرا من الجلسات كما سبق ذكره- فيؤدي ذلك إلى توقف نسبة كبيرة من المرضى عن العلاج. (Rachman & Wilson, 1980) (يونس، ١٩٨٧)

وبعد عرض الانتقادات الموجهة إلى العلاج بالتحليل النفسي والدراسات التقييمية له يبدو أن النجاح في العلاج يتوقف على عدة عوامل هي:-

التصور الخاطئ للشفاء:- يوجد تصور بأن العلاج الناجح هو الذي يزيل الأعراض ولكن هذا كما يرى واتزلاويك Watzlawick - تصوراً خاطئاً لأن

زوال الأعراض لا يعني عدم إصابة الفرد مرة أخرى بالمرض أو بأعراض مرضية أخرى تتطلب التدخل العلاجي كما يحدث في الأمراض العضوية.

من المعروف أن العلاج النفسي يركز على أن تحقيق العلاج النفسي لأهدافه العلاجية لا يتوقف بتوقف الجلسات النظامية للعلاج ولكن يعجز المريض والمعالج أحياناً في إعطاء الوقت الكافي لتحقيق الأهداف مما يحد من الفعالية العلاجية.

خبرة المعالج وتدريبه:- بالطبع المعالج المبتدئ يختلف عن المتمرس في الأهداف العلاجية ومن ثم النتائج النهائية للعلاج.

شخصية المريض: فخصائص المريض مثل الذكاء، المستوى التعليمي، العمر تؤثر بقوة على الاهتمام في الاستمرارية في العلاج. (إبراهيم، ١٩٨٨).

المراجع

١- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ للنشر.

٢- غنيم، سيد (١٩٧٥). سيكولوجية الشخصية: محدداتها، قياسها، نظرياتها. القاهرة: دار النهضة العربية.

٣- فرويد، سيجموند (٢٠٠٠). الموجز في التحليل النفسي. ترجمة: سامي م. على، عبد السلام القفاش. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب (مكتبة الأسرة).

٤- كمال، علي (١٩٨٧). فصام العقل أو الشيزوفرينيا. لندن: دار واسط للدراسات والنشر.

٥- لندزي، ك. هول (١٩٧١) نظريات الشخصية. ترجمة: فرج أحمد فرج، قدري حفني، ولطفي فطيم. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٦- ناي، ر. د. (٢٠٠٣). السلوك الإنساني: ثلاث نظريات في فهمه. إعداد: أحمد إسماعيل صبح ومنير فوزي. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب (مكتبة الأسرة).

٧- يونس، فيصل (١٩٨٧). علم النفس الإكلينيكي. محاضرات دبلوم علم النفس التطبيقي. غير منشورة. قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

1- Eisner, Donald D. (2000). *The death of psychotherapy from Freud to Alein abductions*. London: Westport, Connecticut.

2- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, XVI (5), 319-324.

3- Rachman, S. J. & Wilson, G. I. (1980). *The effects of psychological therapy*. 2nd ed., Oxford: Pergamon Press.

4- Rathus, S. (1990). *Psychology*. (4th ed.). San Francisco: Holt, Rinehart and Winston.

الفصل الخامس

أساليب العلاج بالفن: التعريف، واستخدام الفنون في التشخيص*

مقدمة:

تتنوع مناهج العلاج النفسي المستخدمة من قبل المعالجين النفسيين، ولكن رغم تنوعها إلا أنها تندرج تحت التعريف العام للعلاج النفسي الذي قدمه روتر Rotter ١٩٧١ (في: إبراهيم، ١٩٨٨) على أنه "النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي (المعالج) بهدف تحقيق تغيّرات في الفرد تجعل حياته أكثر سعادة وأكثر بنائية".

و يجب أن يحقق العلاج النفسي – بمختلف مناهجه – عددا من الأهداف حتى يتم الحكم عليه بفاعليته، وتتلخص هذه الأهداف فيما يلي:-

١- محاولة تقوية دوافع المريض لعمل كل ما هو مرغوب منه.

٢- إطلاق الانفعالات وتيسير التعبير عن المشاعر لدى العميل.

٣- إطلاق إمكانيات النمو والتطور لدى العميل.

٤- تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة لدى العميل.

٥- معرفة العميل لذاته بما بها من جوانب قوة وضعف.

٦- تغيير العادات المرضية التي اكتسبها العميل من خلال تعلم خبرات خاطئة.

٧- التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاقات بينه وبين الآخرين. (في: إبراهيم، ١٩٨٨).

---

*الفصول الثلاثة – الخامس والسادس والسابع- هي تنقيح للورقة المقدمة إلى اللجنة العلمية الدائمة ضمن مقتضيات الترقية إلى درجة أستاذ مساعد (سبتمبر ١٩٩٩)

وتتعدد أساليب العلاج النفسي تبعا للتوجهات النظرية القائمة عليها فمنها: التحليل النفسي Psycho-Analysis لفرويد Freud، والعلاج التحليلي Analytical Therapy ليونج C. Jung، والعلاج المتمركز حول العميل Client-Centred Therapyلروجرز C. Rogers، والعلاج السلوكي Behavior Therapy، والعلاج بالواقع Reality Therapy، والعلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavior Therapy، والعلاج باللعب، بالعمل، بالفن... الخ. وهذه المناهج العلاجية تندرج تحت ما يسمى العلاج الفردي، إلا أنه يوجد علاج نفسي جماعي - يتخذ أحيانا نفس الأسس النظرية لبعض المناهج العلاجية الفردية - وهو يهدف إلى نفس الأهداف السابق ذكرها إلا أن تحققها يتم من خلال جماعة كبيرة أو صغيرة من المرضى المتشابهين في مشكلاتهم ويقودهم معالج أو أكثر.

وسيتناول القسم الحالي العلاج بالفن في محاولة لمعرفة تكنيكاته ومدى فعاليته وأوجه القوة والقصور، ولذا سيتم عرض الفصول التالية:-

أولا: تعريف العلاج بالفن، والقدرة التشخيصية لكل نمط من أنماط الفنون.

ثانيا: أساليب العلاج بالفن: تطورها والأسس النظرية التي يقوم عليها كل أسلوب ثم تكنيكاته.

ثالثا: نقاط القوة والضعف لأساليب العلاج بالفن ومدي فعاليتها واستخدامها في البحوث بالعالم العربي.

وفيما يلي تفصيل النقطة الأولى والتي سيتناولها هذا الفصل.

تعريف العلاج بالفن

يشير مصطلح العلاج بالفن Art Therapyعادة إلى استخدام مواد معينة؛ خاصة بالفنون التشكيلية المختلفة مثل: الرسم بأقلام البستيليه الملونة Pastels، الرسم بالشمع Crayons، الرسم بألوان الماء Water Colors، التشكيل بالصلصال Clay، الرسم بأقلام الرصاص، الرسم بالفحم، النحت Sculpting... الخ (Wadeson, 1980)في العملية العلاجية.

إلا أن الباحثة الحالية ترى أن العلاج بالفن ليس مقصورا على أساليب العلاج التي تستخدم المواد السابق ذكرها فقط ولكن يمكن أن يشتمل أيضا على العلاج بالموسيقى Music Therapy، العلاج بالحركة الراقصة Dance Movement Therapy، السيكودراما Psychodrama، العلاج بالشعر Poetry Therapy.

ويعرف دافيز وجيفلر وثوت (Davis; Gfeller & Thaut, 1992) العلاج بالموسيقي بأنه أحد العلوم السلوكية التي تهتم بتغيير السلوكيات غير الصحية وإبدالها بأخرى أكثر تكيفاً وذلك من خلال استخدام مثيرات موسيقية. ويقرر ثوت (Thaut, 1990)أن العلاج بالموسيقى أداة قوية يمكن أن تؤثر على عمليات السلوك الوجداني، وهو عبارة عن تقديم مجموعة خاصة من التكنيكات الإكلينيكية التي تهدف إلى إعادة وتقوية القدرة الذاتية لتنظيم الخبرة الانفعالية داخليا بحيث تتكامل مع طرق التواصل اللفظي وغير اللفظي الأخرى. وقد عرض ثوت من خلال خبرته خمس خطوات متتابعة للسلوك الوجداني ناتجة عن استخدام تكنيكات العلاج بالموسيقى وهي: تيسير الخبرة الوجدانية؛ تيسير تحديد هوية الانفعال؛ تيسير التعبير عن الانفعال؛ تيسير فهم التواصل الانفعالي للآخرين؛ وتيسير ضبط وتعديل السلوك الانفعالي للفرد.

بينما السيكودراما تكنيك علاجي يطلب فيه من العميل تمثيل أدوار معينة داخل جماعة من المرضى، وهذه الأدوار تمثل مواقف حياتية مؤثرة لديه وبالتالي يستطيع العميل أن يكشف عن مشكلاته الشخصية وأخطائه في عمليات تفاعله مع الآخرين (في: إبراهيم، ١٩٨٨). ويقرر مورينو Moreno (في: برسوم، ١٩٨٤) أن المبدأ الأساسي في السيكودراما هو التلقائية، والتي عرفها بأنها قدرة الفرد على مواجهة كل موقف جديد على نحو سليم، وتهدف إلى تنمية القدرة على لعب أدوار الحياة على نحو خلاق يمكنه من مواجهة مطالب المواقف الجديدة، وفيها يشارك الفرد عن طريق التمثيل في إعادة موقف من مواقف الحياة، وهي تعتبر تنفيساً انفعالياً للفرد، كما تكسبه درجة لا بأس بها من الاستبصار بمشكلته.

ويعتبر العلاج بالحركة الراقصة أحد أساليب العلاج الفنية، ويصاحبها موسيقى، و/ أو علاج بالدراما. وقد عرفته الجمعية الأمريكية للعلاج بالرقص The American Dance Therapy Association (Stanton-Jones, 1992) بأنه "علاج نفسي يستخدم الحركة كعملية بها تكامل نفسي وفيزيقي للفرد"، والعلاج بالحركة الراقصة يعمل على التوليف بين التعبير والإبداع في الفن من ناحية والاستبصارات الخاصة بالعلاج النفسي من ناحية أخرى. ويساعد العلاج بالحركة الراقصة على تيسير التغيّر داخل الفرد (نفسيا) وتغيّر القدرة على عمل علاقة بالآخرين (عبر الأشخاص)، حيث أن الحركة في هذا النمط العلاجي تشجع إمكانيات تفاعل المرضى ليصبحوا أكثر وعياً بسلوك تفاعلهم الاجتماعي، وأيضا تساعد في تعديل إمكانية تشكيل وتوجيه العلاقات مع الآخرين.

ويلخص ستانتون-جونز (Stanton-Jones, 1992) فائدة العلاج بالحركة الراقصة في النقاط التالية:-

١- يقدم فرص مناسبة لتحسين الوظائف الاجتماعية للعميل.

٢- يمكّن العميل أن يتنفس عن مشاعر الإحباط والغضب لديه.

٣- يزيد من الاتصال البصري للعميل والقدرة على مراقبة ذاته في السلوك غير اللفظي.

٤- اكتشاف طرق جديدة للحياة، وللتعبير عن المشاعر التي لا يمكن التعبير عنها لفظيا.

وبالتالي فالعلاج بالحركة الراقصة يعمل على إعادة تكامل الجهد الجسدي Body-level reintegration، التفاعل الشخص، التنفيس والتبرير الانفعالي.

ولا يختلف فائدة العلاج بالشعر عن أساليب العلاج الفنية السابقة، فيشير الكسندر (Alexander, 1990) إلى أن العلاج بالشعر يقدم طرقا خاصة للتعبير عن الذات وفهمها، ويعطى إمكانية للتعبير والكشف عن الذات والمشاعر من خلال الاستعارة Metaphor، ويساعد الشعر على التعاطف واختزال مشاعر العزلة، وزيادة التفاعل الشخصي الداخلي والخارجي.

استخدام الفنون في القياس (التشخيص النفسي وتقييم فعالية العلاج)

سيتم التركيز في هذا المحور على استخدام الفنون في مجال التشخيص النفسي ومعرفة مدى فعالية العلاج المستخدم. ويعتبر الرسم من أكثر الفنون التي استخدمت في مجال دراسة الشخصية والتشخيص، وقد تأثر هذا الاتجاه بكل من نظريتي التحليل النفسي والجشتالت (في: مليكه، ١٩٨٢)، فذكر فرويد أن الفن بعد الأحلام هو الطريق المعترف به إلى الأعماق، بينما نظرية الجشتالت كانت تنظر إلى الفن على أنه استجابة كلية كاستجابة كلية.

وتستند اختبارات الرسم على الفروض التالية:-

١- أن لكل جانب من جوانب السلوك سببه ودلالته ويتحدد هذا الجانب أو ذاك نتيجة لعدد من العوامل، ويختلف الرسم أو الرمز تبعاً للمجال النفسي الناشئ فيه.

٢- سلوك المفحوص أثناء الرسم له دلالته.

٣- يفترض أن الرسم هو إسقاط لمفهوم الذات عند المفحوص أو صورة الجسم (نظرية شيلدر)، أو لاتجاهاته نحو شخص آخر أو تعبيرا عن الانفعالات أو الاتجاهات نحو الحياة والمجتمع عامة.

٤- أن أي وحدة مرسومة سوف تستثير لدى المفحوص ارتباطات شعورية أو لا شعورية بمدلول هذه الوحدة لديه. (في: مليكه، ١٩٨٢)

ويلاحظ أن الفروض السابقة تعبر عن التحليل النفسي أكثر من أي نظرية أخرى.

ويوجد عدد من اختبارات الرسوم التي شاع استخدامها في مجال التشخيص وأيضا لمتابعة مدى التطور الإيجابي أو السلبي للحالة المرضية أثناء العلاج، ومن هذه الاختبارات:-

١- اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص House-Tree-Person Test و (H.T.P.)هو من إعداد جون باك J. Buck ١٩٤٨ وقننه مليكه على البيئة العربية عام ١٩٥٥ (مليكه، ١٩٧٧).

٢- مقياس رسم الأسرة و Draw A Family Test هو من إعداد جيسى رايت ومارى ماك انتاير ونقله الزيادى إلى البيئة العربية (في: الزيادى، ١٩٨٨

٣- اختبار ماكوفر: رسم الشخص Draw Person (قد أجريت عليه العديد من الدراسات العربية تم عرضها في المحور الثالث) وهو شبيه بالجزء الخاص بالشخص في .H.T.P.

٤- اختبار ليفى: رسم الحيوان وذكر قصة The Levey Animal-Drawing Story (LADS) Technique.

٥- اختبار فارتيج لاستكمال الرسم The Wartegg s Drawing و Completion Testقد ابتكره الألماني فارتيج عام ١٩٣٩.

٦- اختبار أبغض المفاهيم و The Most Unpleasant Concept Testهو من إعداد موللى هاروار.

٧- اختبار روزنبرج لرسم الشخص The Rosenberg Draw A Person Technique.

٨- اختبار إعادة رسم ثمان بطاقات The Eight-Card Redrawing Test وقد أعده كاليجور.

٩- اختبار العالم و World Testهو اختبار دمى إسقاطي، وقد قننه لونفيلد في إنجلترا، وبهلر في أمريكا، ويتضمن نماذج مصغرة لأشخاص وأثاث والمطلوب ترتيبها في بانوراما.

هذا بالإضافة إلى الرسوم التلقائية Idiosycratic (PDTs)

(عرضت هذه الاختبارات تفصيلا في كل من مليكه،١٩٧٧؛١٩٨٢، الزيادى، ١٩٨٨).

وقد أجريت عدد من الدراسات بهدف معرفة إمكانية اختبار ما في قدرته التمييزية لأعراض مرضية معينة. فهدفت دراسة كوهن وهامر وسنجر (Cohen; Hammer & Singer, 1988) قياس تأثير العلاج بالفن وتشخيص

الاضطرابات السيكياترية وذلك من خلال تطبيق سلاسل الرسم التشخيصية Diagnostic Drawing Series (DDS) على ٢٣٩ مريضا من نزلاء مستشفى من المصابين باضطراب عقلي: اكتئاب أو فصام طبقا للتشخيص الإكلينيكي، وقد انتهى البحث إلى إمكانية استخدام DDS في التمييز بين أعراض الفئتين المرضيتين، حيث اتضح من رسوم عينة الاكتئاب نقص الجهد والإنجاز، الانقباض، الإجهاد، بينما اتضح من رسوم الفصاميين عدم التكامل، اضطراب التنظيم. بينما أكدت دراسة ميلز وكوهن ومنسيز (Mills; Cohen & Meneses, 1993) إمكانية استخدام هذه السلاسل (DDS) في التشخيص وذلك من خلال ارتباطها بالفئات المرضية المتضمنة في التصنيفين الثالث DSM III والثالث المعدّل DSM III-R لجمعية الطب النفسي الأمريكية. كما انتهت دراسة كوتش (Couch, 1994) إلى إمكانية استخدام هذه السلاسل (DDS) في التمييز بين المرضى كبار السن المشخصين بأعراض عقلية عضوية والأسوياء.

واستخدمت أيضا بعض من اختبارات الرسم السابقة الذكر في مجال التشخيص. فقد أشار سميث (Smith, 1983) إلى إمكانية التمييز بين حالات العصاب والذهان والسواء من خلال وظائف الأنا التي يمكن قياسها باختبارات رسم المنزل والشجرة والشخص HTP، ورسم الشخص، واختبارات دينامية رسم الأسرة Kinetic Family Drawing Tests. وتوصلت دراسة كوهين وفيلبس (Cohen & Phelps, 1985) لفروق إحصائية وليست إكلينيكية على اختبار HTP بين مجموعة أطفال أسئ معاملتهم جنسياً من المحارم (٨٩ طفلا) ومجموعة أخرى لديها اضطرابات انفعالية (٧٧ طفلا). إلا أن هاجود (Hagood, 1992) أشار إلى أن اختبارات الرسم الاسقاطية مثل اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص HTP ليست أدوات صادقة إلى حد كبير في تشخيص الأطفال الذين أسئ لهم جنسياً.

وقد هدفت المراجعة التي أجراها نيل وروسال (Neale & Rosal, 1993) إلى تقييم مدى قوة وضعف تكنيكات الرسوم الاسقاطية في التشخيص، وذلك بمراجعة ١٧ مقالة امبريقية استخدمت اختبارات رسم الرجل، HTP، رسوم حركية للأسرة والمدرسة Kinetic Family and School Drawing، ورسوم

تلقائية. وانتهت المراجعة إلى أن رسم الرجل أكثر ثباتاً في قياس صعوبات التعلم ويعد آداه تنبؤية جيدة لأداء السلوكيات المرتبطة بالتعلم، بينما كان اختبار HTPأكثر تحررا من أثر الثقافة، وترتبط رسوم المدرسة بقياس التحصيل، بينما الرسوم التلقائية ضعيفة في القياس.

وتوصلت دراسة موريس (Morris, 1995) إلى إمكانية التمييز بين مجموعات مرضية مشخصة اضطراب شخصية متعدد، فصام، اكتئاب، في مقابل مجموعة ضابطة من الأسوياء وذلك من خلال رسم شجرة.

وهدفت هوشينو وسيبرت وناب (Hoshino; Sibert & Knapp,1998) إلى معرفة فائدة استخدام اختبار HTP لتقدير فعالية العلاج بالصدمة الكهربية على ٢٥ فردا يعانون من الاكتئاب الذهانى، وطبق الاختبار قبل وبعد العلاج. وأشارت النتائج إلى أن رسوم المكتئبين تختلف في طريقة استخدام اللون والمساحة.

ومن الملاحظ أن الدراسات السابقة اتجهت نحو المنحى التحليلي، إلا أن دراسة أولمان وليفى (Ulman & Levy, 1984) هدفت إلى استخدام المنحى التجريبي للحكم على الأعراض المرضية من خلال لوحات ١٠٥ فردا (٥١ مريضاً عقلياً + ٥٤ من هيئة المستشفى وطلبة) تم عرضهم على ٨٤ محكماً (٢٦ يعملون في مجال الصحة العقلية + ٣٠ طالباً في نفس المجال + ٢٨ ليست لديهم أية خبرة بمجال الصحة العقلية) وذلك لتشخيص الأعراض المرضية. وأشارت النتائج إلى أنه يمكن التمييز بكفاءة على مستوى ذكاء أفراد العينة وعلى مدى التشوش في التفكير لديهم من خلال الرسوم.

ومن الدراسات السابقة يتضح أن اختبارات الرسوم مثلها مثل الاختبارات الاسقاطية بها عدد من المشكلات المنهجية والتي أشار إليها مليكه (١٩٧٧؛ ١٩٨٢) وهي:-

يصعب حساب الشروط السيكومترية لها، لصعوبة استخدام إعادة الرسوم في حساب الثبات، حيث يفترض تغيّرّ الشخصية وبالتالي تغيّر الرسوم؛

وأيضا لا يصلح استخدام الطريقة النصفية. إلا أن الباحثة تقترح حلا لهذه المشكلة في حساب الثبات عن طريق إعادة تقييم المحكمين لنفس الرسوم بعد فترة زمنية (للجانب الكمي فقط).

أما بالنسبة للصدق فقد استخدم باك Buck (في: مليكه،١٩٨٢) عدة طرق منها تطبيق اختبار إسقاطي آخر، المقارنة بالتشخيص الإكلينيكي باعتباره محكاً خارجياً، أو عن طريق اتفاق المحكمين إلا أن ذلك قد يكون حلا لحساب صدق التقديرات الرقمية حيث لا يوجد دلائل على إمكانية اتفاق المحكمين في تفسير النتائج والتحليلات الكيفية (مليكه، ١٩٧٧). إلا أن أنستازى تقرر (في المرجع نفسه) أن الاختبارات الاسقاطية بوصفها أدوات سيكومترية آخذة في التقلص ولكنها يمكن أن تكون معينات للمعالج، وتتولد من خلالها فروض تؤدى إلى إعداد اختبارات أكثر موضوعية.

(٤) كما أم الأساليب الاسقاطية تعانى من عدم توفر المعايير أو عدم كفاءتها أو تكون معايير مبنية على مجموعات تقنينية غير واضحة المعالم، مما يضطر المعالج إلى الاستناد إلى خبرته الشخصية (مليكه، ١٩٧٧).

المراجع

١- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ للنشر.

٢- الزيادى، محمود (١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والعلاج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٣- برسوم، لوسيل لويس (١٩٨٤). استخدام بعض الأساليب الحديثة (اللعب والسيكودراما) في تدريس اللغة الفرنسية وآثارها على التحصيل والتوافق النفسي للأطفال. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٤- مليكه، لويس كامل (١٩٧٧). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية. الجزء الأول. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٥- مليكه، لويس كامل (١٩٨٢). دراسة الشخصية عن طريق الرسم. القاهرة: النهضة العربية، ط٤.

6- Alexander, K. C. (1990). Communicating with potential adolescent suicide through poetry. *Arts in Psychotherapy*, 17 (2), 125-130.

7- Cohen, B. M.; Hammer, J. S. & Singer, S. (1988). The Diagnostic Drawing Series: A systematic approach in the creative arts therapies. *Arts in Psychotherapy*, 15 (1), 11-21.

8-

artwork. *Arts in Psychotherapy*, 12 (4), 265-283.

9- Couch, J. (1994). Diagnostic Drawing Series: Research with older people diagnosed with organic mental syndromes and disorders. *Art Therapy*, 11 (2), 111-115.

10- Davis, W. B.; Gfeller, K. E. & Thaut, M. H. (1992). *An introduction to music therapy: Theory and practice*. USA: Wm.C. Brown Publishers.

11- Hagood, M. M. (1992). Diagnosis or dilemma: Drawings of sexually abused children. *British Journal of Projective Psychology*, 37 (1), 22-23 (English abstract).

12- Hoshino, J.; Sibert, R.; Knapp, N. & Weever, K. A. (1998). A comparative analysis of pre- and post- electo-convulsive therapy drawings. *Arts in Psychotherapy*, 25 (3), 189-194.

13- Mills, A.; Cohen, B. & Meneses, J. Z. (1993). Reliability and validity tests of the Diagnostic Drawing Series. *Arts in Psychotherapy*, 20 (1), 83-88.

14- Morris, M. B. (1995). The diagnostic Drawing Series and Tree Rating Scale: An isomorphic representation of multiple personality disorder, major depression, and schizophrenic populations. *Art Therapy*, 12 (2), 118-128.

15- Neale, E. L. & Rasal, M. L. (1993). What can art therapists learn from the research on projective drawing techniques for children ? A review of literature. *Arts in Psychotherapy*, 20 (1), 37-49.

16- Smith, D. D. (1983). The art evaluation: A triage function on a psychiatric emergency admissions unit. *Arts in Psychotherapy*, 10 (3), 187-195.

17- Stanton-Jones, K. (1992). *An Introduction to Dance Movement Therapy in Psychiatry*. New York: Tavistock / Routledge.

18- Thaut, M. H. (1990). Neuropsychological processes in music perception and their relevance in music therapy. In: R. F. Unkefer (Ed), *Music Therapy in the Treatment of Adult with Mental Disorders: Theoretical Bases and Clinical Interventions*. New York: A Division of Macmillan, Inc.

19- Ulman, E. & Levy, B. I. (1984). An experimental approach to the judgment of psychopathology from paintings. *American Journal of Art Therapy*, 23 (2), 47-52.

20- Wadeson, H. (1980). *Art Psycho-Therapy*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

الفصل السادس

أساليب العلاج بالفن: تطورها، أسسها النظرية، تكنيكاتها

مقدمة

يتناول هذا الفصل والفصلين التاليين أسلوب علاجي لم يلاق اهتماماً في الكتابات العربية رغم ما له من فاعلية في تخفيض شدة العديد من أعراض الاضطرابات النفسية والعقلية (الفصل السابع). رغم أن الرسم والفنون التشكيلية قد نال بعض الاهتمام ولكن ليس بالقدر الذي يمكن أن يوضح للقارئ التناول العلمي له في مجحال العلاج النفسي. وسيتعرض هذا الفصل لأنماط فنية أخرى تم استخدامها في العلاج النفسي مثل الموسيقى، والحركة الراقصة، والشعر...الخ

أولاً: العلاج بالفن: الرسوم وأشكال الفنون التشكيلية المختلفة

تطور العلاج بالفن (الرسوم وأشكال الفنون التشكيلية المختلفة:

يشير ويدسون (Wadeson, 1980) إلى أن العلاج بالفن (المقصود هنا التكنيكات العلاجية التي تستخدم الفنون التشكيلية المختلفة) ترجع جذوره إلى عصور ما قبل التاريخ، و يتضح ذلك من تعبير الأسلاف عن العلاقة بعالمهم عن طريق حفر الرسوم التي تصف معنى الكون لديهم في وصف واضح. وقد تطور العلاج بالفن من خلال تطور الطب النفسي وخاصة أعمال فرويد Freudو يونج Jung، فكل منهما اهتم بالرمزية؛ فقد طوّر فرويد مفهوم اللاشعور وافترض يونج مفهوم اللاشعور الجمعى، وكلا المفهومين يمكن أن تعبر عنهما الفنون المختلفة.

وقد كانت بداية استخدام التعبير الفني كعلاج في الأربعينات من خلال أعمال مارجريت نومبرج M. Naumburg، والتي إعتمدت على مفاهيم نظرية التحليل النفسي، فكانت تشجع العملاء – المرضى– على الرسم الاختياري أو التداعي الحر لرسوماتهم. ثم تطورت حركة العلاج بالفن من خلال أعمال أيدت كرامر E. Kramer على الأطفال. ثم أصبح العلاج بالفن في الستينات تخصصاً معروفاً، وذلك يرجع إلى سببين هما:

١- إنشاء المجلة الأمريكية للعلاج بالفن American Journal of Art Therapy (و التي تأسست في البداية كنشرة عن العلاج بالفن Bulletin of Art Therapy في عام ١٩٦٢).

٢- تأسيس الجمعية الأمريكية للعلاج بالفن American Art Therapy Association (AATA)، والتي نمت سريعاً، وبدأت اجتماعاتها السنوية منذ ١٩٧٠، وأخذت خطواتها نحو تحديد برامج تدريبية للعلاج بالفن.

وفي مسح أجرته الجمعية الأمريكية للعلاج بالفن (AATA) (cited by La-Barie & Rosa, 1994) أوضح أن عدد أعضاء الجمعية بلغ ١٩٨٨ عضوا في عام ١٩٩٣/٩٢.

وقد طوّر كفياتكوفسكا Hann Yaxa Kwiatkowska العلاج الأسرى بالفن في أعوام ١٩٦٢-١٩٦٧ (Wadeson, 1980). وفي عام ١٩٨٣ أسس فلورانس كان F. Cane ما يسمى بتكنيك الرسم المتعّجل Scribble Technique في كتابه "في كل منا فنان" The artist in each of us ، وقد استخدم هذا التكنيك لخفض مستوى الكف Inhibition وتحرير الخيال التلقائي من اللاشعور (as cited in in Hanes, 1995).

الأسس النظرية للعلاج بالفن (الرسوم وأشكال الفنون التشكيلية المختلفة):

يستند العلاج عن طريق الفن إلى منهج التحليل النفسي في فهم وتفسير القلق ومشاعر الذنب وديناميات الكبت والإسقاط والتوحد والإعلاء والتكثيف، وهذه الميكانيزمات تتضح من خلال الرسم أو أي شكل من أشكال الفنون التشكيلية (مليكه، ١٩٨٢).

وتستند عملية العلاج بالفن على أساس أن الأفكار والمشاعر الأساسية الموجودة في اللاشعور يمكن أن يعبّر عنها في أشكال فنية أكثر منها في كلمات - سواء كان الفرد قد تدرب فنيا أم لم يتدرب - حيث أن الفرد يمتلك طاقة كامنة لإسقاط صراعاته الداخلية في صور بصرية وبالتالي يكون الاتصال بين المعالج والعميل رمزيا (مليكه، ١٩٨٢).

ويؤدى إسقاط الصور الداخلية في رسوم خارجية إلى بلورة وتثبيت التخيلات والأحلام في سجّل مصورّ يعين المريض على الإدراك بصورة موضوعية للتغيرات التي تحدث له أثناء العلاج وبالتالي تقييمه. ولا يفسّر المعالج في العلاج بالفن رسوم المريض التلقائية ولكن يشجعه على أن يكشف لنفسه مدلولات ومعاني رسوماته. ويتحقق المريض من مدلولات تعبيراته الرمزية من خلال علاقة الطرح التي بها يمكن للمعالج أن يقنع المريض بقبول مدلول تعبيره الرمزي، ويبدأ المريض في التحرر من صراعاته لنوازعه المكبوتة في تشكيل صورة خارجية يكشف من خلالها عن دوافعه (مليكه، ١٩٨٢).

وقد حاولت دراسة بول (Ball, 2002) الإجابة على تساؤل ما التغيرات التي تحدث في عملية العلاج بالفن من خلال الملاحظة المباشرة لخمسة أطفال على مدار (٥٠) جلسة علاجية وأيضل إجراء قابلات معهم. وبالتحليل المنظم للتفاعلات بين المعالج بالفن، والطفل والعمل الفني؛ توصلت الدراسة إلى تغيرات جوهرية في مستوى معالجة الطفل للخبرات الصادمة في خلال ستة شهور من العلاج حيث يوجد زيادة في قدرة الطفل على ترميز خبرته في كلمات أو صور image لتنظيم الانفعالات والاندفاعات وملاحظة ذاته.

تكنيكات العلاج بالفن (الفنون التشكيلية المختلفة):

يوجد تكنيكات للعلاج بالفن فردية، جماعية، وأسرية. وهي كما يلي:

١ - التكنيكات الفردية: وهي:-

أ) تكنيكات تفكيك حالة الجمود لدى العميل Loosening Up Techniques When The Client is Stuck

الرسم مع غلق العينين .Draw with your eyes closed

الرسم باليد غير المستعملة Draw with your Wrong hand.

التأمل Meditation.

الشخبطة Scribble

ب) موضوعات عامة للصور: Generalized subjects for pictures

المشاعر الحالية Present feelings : رسم مشاعر محددة،مثل الشعور بالأمل....الخ

خوف محدد Specific fear :التخيل Fantasy، الحلم Dream، الماضي والحاضر والمستقبل.

بور تريه ذاتي Self-portrait : رسم الذات المثالية Idealized self، الحدث أو الموقف المؤثر Significant event or situation، العلاقة الهامة Important relationship، التظليل Shadow.

٢- التكنيكات الجماعية: وهى:-

تقديم الذات Self-introduction

الصورة الزيتية الجدارية Mural (المقصود بها الصور التي توضح الإطار العام للفرد.

المشاعر عن الخبرة العامة Feelings about common experience، مثل المشاعر المرتبطة بالهدية.

صورة للجماعة Picture of the group.

صورة لشخص محدد في الجماعة Picture of particular person in the group.

شخبطة مشتركة Joint scribble بين المجموعة العلاجية.

صورة تمر عبر أفراد الجماعة Pass around picture (المقصود بها صورة تمر على كل عضو في الجماعة ليرسم بها لمدة ثلاث دقائق).

الصورة المشتركة Joint picture لأعضاء الجماعة.

٣- التكنيكات الأسرية:

و يوجد نمطين من العلاج الأسرى بالفن وهما :

أ- تكنيكات العلاج بالفن للزوجين Couple Art Therapy Techniques:

صورة مشتركة؛ وفيها يطلب من الزوجين رسم صورة متكاملة معاً.

رسم ملخص للعلاقة الزواجية Abstract of marital relationship؛ وفيها يطلب من الزوجين رسم صورة للعلاقة الزواجية الحالية، ولكن كل بمفرده.

رسم صورة ذاتية وإعطائها للزوج Self-portrait given to spouse؛ وفيها يطلب من كل زوج رسم صورة لنفسه ثم إعطائها للآخر (الزوج / الزوجة) وعليه / عليها أن يعدّل فيها.

ب- العلاج بالفن الأسرى المتعدد Multi- Family Art Therapy:

وبه تشترك أكثر من أسرة بهدف تعلم الفرد كيفية تعامل أخرى مع مشاكل مشابهة لمشاكله، ويفيد فى الاتصال مع الآخرين ومواجهة نفس المشكلات. (تكنيكات العلاج بالفن المختلفة تفصيلا في Wadeson, 1980, 285-316; 334-336).

ثانياً: العلاج بالموسيقى

يهدف استخدام الموسيقى في العلاج إلى ما يأتي:-

١- تستخدم الموسيقى كحافز لعمليات العلاج الفردي أو الجمعي والتأكيد على تدعيم التفاعل اللفظي، وهي خبرة وجدانية تساعد في ارتباط الأفكار بالمشاعر، كما يحدث نقاش حول العناصر الموسيقى والجانب المزاجي المصاحب للموسيقى مما يزيد من التفاعل الشخصي وبالتالي التفاعل اللفظي.

تستخدم الموسيقى أو الأنشطة الموسيقية كمدخل للعلاج الفردي أو الجمعي مع التركيز على الصراعات الشعورية وارتباطها بميكانزمات الدفاع غير

الصحية ومناقشة سلوك ودوافع الفرد، وتستخدم الموسيقى لإثارة الربط بين الأفكار والوعي المرتفع للمشاعر المصاحبة للموقف المشكل.

يستخدم تكنيك النشاط الموسيقي كمدخل وحافز لعمليات العلاج الجمعي والفردي والتأكيد على إثارة الوعي بالصراعات الموجودة فيما قبل الشعور والتشجيع على إعادة حل مواقف الصراع.

تطور العلاج بالموسيقى:

كانت البدايات الأولى لظهور العلاج بالموسيقى في ٣٥٠ سنة قبل الميلاد في منطقة العراق -كما تسمى الآن- فكان العزف الموسيقى جزءاً مهما في الطب العقلي Rational Medicine . وفي العصر الإغريقي (٦٠٠ سنه قبل الميلاد) عوّل تاليس Thales على الموسيقى في معالجة وباء الطاعون Plague، وكانت عملية العلاج تتضمن تراتيل، كما يتم وصف الموسيقى للشخص المضطرب انفعاليا. وفي عصر النهضة لم تستخدم الموسيقى فقط لعلاج المانخوليا Melancholy -ما تسمى حاليا اكتئاب - واليأس ولكن أيضا توصف في العلاج الطبي العضوي (Davis; Gfeller & Thaut, 1992, 17-20).

وبداية من عام ١٧٨٩ ظهرت بعض المقالات والتقارير في دوريات طبية بالولايات المتحدة الأمريكية عن تأثير الموسيقى في علاج الأمراض الجسدية والعقلية. وفي عام ١٨٣٢ استخدم العلاج بالموسيقى في المؤسسات التعليمية، ومع أوائل القرن العشرين ظهرت تقارير علمية منشورة عن العلاج بالموسيقى، كما أستخدم ضمن البرامج العلاجية في بعض المستشفيات خاصة مع المحاربين بعد الحربين العالميتين. ويعتبر كتاب ايفا فيسكليوز E. Vescelius " في الموسيقى والصحة" In music and health أول كتاب يعرض أهمية العلاج بالموسيقى وقد نشر قبل وفاتها - عام ١٩١٧ - بمدة قصيرة، كما ساهمت فيسكليوز فى تأسيس مجلة الموسيقى والصحة Journal Music and Health عام ١٩١٣و التي استمرت لفترة قصيرة. وقدمت مارجريت اندرتون M. Anderton أول منهج دراسي في الجامعة تناول العلاج بالموسيقى. وفي عام ١٩٢٦ أنشأت ايسا مود إليسن I. M. Ilsen الجمعية القومية للموسيقى في المستشفيات National

Association for Music in Hospitals. ثم ظهر فى هذه الفترة عدد من المعالجين بالموسيقى مثل إيفان أونيل كان E. O. Kane، استر جاتوود E. Gatewood، إيرا ألتشولر I. Altshuler. مما أدى إلى تأسيس الجمعية القومية للعلاج بالموسيقى The National Association for Music Therapy (NAMT) في عام ١٩٥٠. وفي عام ١٩٦٤ حرّر وليام سيرز W. Sears دورية ربع سنوية عن العلاج بالموسيقى . Journal of Music Therapy (JMT) وفي عام ١٩٧١ أنشئت الجمعية الأمريكية للعلاج بالموسيقى American Association for Music Therapy (AAMT) والتي بلغ عدد أعضائها عام ١٩٩٠ أكثر من ٣٠٠٠ معالجا بالموسيقى.

ويعتبر كتاب سيمور H. A. Seymour المنشور عام ١٩٤٤ بعنوان An Instruction Course in the Use and Practice of Music Therapy أول كتاب يعرض لتدريبات العلاج بالموسيقى، وقد قدم الكتاب تطبيقات للموسيقى مع مجموعات إكلينيكية مختلفة، وقد قرر سيمور في هذا الكتاب أن نجاح الخبرة العلاجية يرجع إلى المزاوجة بين الموسيقى والتفكير الإيجابي والتأمل في الموسيقى. (cited by Davis, 1996).

الأسس النظرية للعلاج بالموسيقى:

حاولت عدد من النظريات فهم تأثير الموسيقى على السلوك خاصة الجانب الوجداني منه. وقد أكدّت نظرية ماير Mayer s Theory ١٩٥٦ (cited by Thaut, 1990) أن الخبرة الوجدانية للموسيقى لا تختلف عن الخبرات الوجدانية لأحداث الحياة اليومية ما عدا كونها عادة ما تكون خبرة مشبعة وبالتالي تكون سارة أو تؤدى إلى الإحساس بالراحة مما يكسبها قيمة علاجية.

ولم تختلف نظرية ماندلر Mandler s Cognitive Theory of Emotion ١٩٨٤ (ibid.) كثيرا عن نظرية مايرز غير أنها أضافت أهمية وجود تكيّف بيولوجي لردود الفعل الوجدانية وذلك فى استثارة الجهاز العصبي الأتونومى حتى تحدث استجابة وجدانية إيجابية، وهذا ما يحدث كاستجابة للمثير الموسيقى. ومفهوم التكيّف البيولوجي المشار إليه في نظرية ماندلر قد يشابه مفهوم

الاستثارة الذي فسّرت به نظرية بيرلين Berlyne s Theory of Emotion, Arousal and Reward in Aesthetic Perception عن الانفعال والاستثارة في الإدراك الجمالي، تلك الاستثارة التي ترتبط بخصائص المثير (الشدة، الإيقاع، الجدة، الدهشة، النظام...الخ) وتعطى خبرة وجدانية إيجابية حينما تكون استثارة مثلى (أي تتناسب مع استثارة الجهاز العصبي).

ويلاحظ من النظريات السابقة أنها تتفق في أن المثيرات الموسيقية تحدث خبرة وجدانية إيجابية وذلك لإحداثها إحساس بالإشباع الذي يلازم نوع من الاستثارة البيولوجية المثلى المرغوبة من الفرد المتلقي للموسيقى.

ويقترح ستروسال ولينهان Strosahl & Linehan ١٩٨٦ (cited by Thaut, 1990) إلى أنه يمكن التمييز بين مكونين للخبرة الوجدانية وهما: الخبرات الانفعالية الداخلية للسلوك، والتواصل الانفعالي الذي يتطلب دلالة سيكواجتماعية، وبالتالي فإن الموسيقى – أو بالأحرى العلاج بالموسيقى – تعمل على إعادة و تقوية القدرة الذاتية لتنظيم مكوّن الخبرة الانفعالية، ولذا يحدث ارتباط بين التواصل اللفظي وغير اللفظي (المكوّن الثاني).

وعلى ضوء ما سبق يحدد ثوت Thaut ((1990) أهمية العلاج بالموسيقى في النقاط التالية: تيسير الخبرة الانفعالية؛ وتحديد هويتها؛ والتعبير عنها؛ والقدرة على ضبط وتعديل السلوك الانفعالي للفرد، وهذه النقاط تعتبر أحد المحددات الهامة لصحة وظيفة الأنا والتنظيم الاجتماعي.

تكنيكات العلاج بالموسيقى:

يمكن تصنيف برامج وتكنيكات العلاج بالموسيقى للأمراض النفسية والعقلية كما يلي:

١- الأداء الموسيقي Music Performance ويشتمل هذا النمط من التكنيكات على الآتي:

مجموعة أدائية ارتجالية .Instrumental group improvisation

أداء آلي متسق Instrumental performance ensemble.

العلاج الغنائي الجماعي .Group singing therapy

أداء صوتي متسق .Vocal performance ensemble

تعليم أدائي فردى Individual instrumental instruction.

تعليمات صوتية فردية Indivedual vocal instruction.

ارتجال موسيقى فردى / تفاعل / Individual music inprovisation interaction.

٢- العلاج الموسيقي Music Therapy:

مجموعة التدعيم الموسيقية و/أو العلاج الفردي Supportive music group and / or individual therapy

مجموعة التفاعل الموسيقى و/أو العلاج الفردي Interaction music group and / or individual therapy

مجموعة الموسيقى الحافزة و/ أو العلاج الفردي Cataytic music group and / or individual therapy

٣- الموسيقى مع فنون تعبيرية أخرى:

الموسيقى والفنون الجميلة (الرسم والنحت) Music and fine arts (Drawing, sculpting) .

الموسيقى والكتابة (الشعر والنثر) .Music and writing (poetry, prose)

٤- إعادة إحداث الموسيقى .Recreational Music

الألعاب الموسيقية .Music games

التفضيل الموسيقى الواعي .Music appreciation awareness

مجموعات أدائية لإعادة إحداث الموسيقى Recreational music performance groups.

٥- الموسيقى والاسترخاء Music and Relaxation:

الموسيقى مع التدريب التدريجي للاسترخاء العضلي Music with progressive muscle relaxation training.

الموسيقى من أجل الاسترخاء الظاهري .Music for surface relaxation

تخيلات الموسيقى Music imagery.

الاسترخاء بالتركيز الموسيقى .Music-centered relaxation

(و يوجد شرح واف لتكنيكات العلاج بالموسيقى في Unkefer, 1990, 150-169).

ثالثاً : العلاج بالحركة الراقصة

تطور العلاج بالحركة الراقصة:

يلاحظ وجود أشكال من الرقص كانت تستخدم كعلاج في العصر الإغريقي، وذلك لأنها تسمح بالتنفيس عن المشاعر. وفي القرن الثامن عشر كان علماء الجمال يرون أن الرقص يعكس بدقة التصورات عن العلاقة بين الجمال والحقيقة. وتعتبر بداية الدراسة العلمية للحركة مع نشر كتاب داروين Darwin "التعبير عن الانفعالات لدى الإنسان والحيوان" The expression of the emotions in man and animalis عام ١٨٧٢ والذي يوضح به التعبير الجسمي عن الانفعال.(Stanton-Jones, 1992, 11-).

وفى مجال الطب العقلي تمكّن كل من بلولر E. Bleuler في سويسرا، شاركوت J. Charcot في فرنسا وهنرى مودسلى H. Maudsley في إنجلترا، من التمييز بين مرضى كل من الهوس والمنخوليا والهستيريا من خلال الحركة. واستمرت في العشرينات والثلاثينيات من القرن العشرين الدراسات الأمريكية والأوروبية عن التعبير الفيزيقي للانفعال. وفي الخمسينات حاول هارى ستاك سوليفان H. S. Sullivan إجراء تكامل بين أفكار الفرويديين وأفكار أدلر لعلاج الفصام من خلال الحركة (Stanton-Jones, 1992).

وقد حاولت ماريان تشاس M. Chace - والتي تعتبر رائدة للعلاج بالحركة الراقصة - عمل علاقة مباشرة مع الفصاميين من خلال الحركة. وذلك بداية من الأربعينات من هذا القرن عندما ابتكرت ما يسمى "الرقص من أجل التواصل" Dance for communication ، ثم أسست الجمعية الأمريكية للعلاج بالرقص The American Therapy Association والتي كانت أول رئيسة لها عام ١٩٦٦، وقد طوّرت تشاس عددا من التكنيكات العلاجية التي مازالت تستخدم إلى الآن (Stanton-Jones, 1992).

ومن جهة أخرى أدّت أفكار فرانسيزكا بوس F. Boas الى تأسيس العلاج بالحركة الراقصة مع المرضى من الأطفال والراشدين، حيث إستعانت بالموسيقى كجزء من اتجاهها العلاجي، ووجدت أن الإيقاع طريقة جيدة كوسيلة للتعبير عن الانفعال. واهتمت بوس بتفسير العلاقة بين المفاهيم التحليلية وتكنيكات الرقص الحديث، كما فسّرت مفهوم شيلدر Schilder عن صورة الجسم واستخدمت ذلك في عملها العلاجي على الأطفال، وأيضا استخدمت الحركة مع الأطفال المضطربين لتشجيعهم على التخيلات اللفظية، وطوّرت مفهوم التداعي الحر النفسحركى أثناء الرقص Psychomotor free association during dance (ibid.).

أما ألما هوكنز A. Hawkins فقد أسست في أوائل الستينات برنامجا للعلاج بالحركة في جامعة كاليفورنيا اعتماداً على علم النفس الإنساني، حيث كانت تعتقد أن الإنسان يبحث عن الخبرات الإبداعية والجمالية لأنها تساعده على أن يصبح فردا متكاملا وأن يشعر بالتوازن مع عالمه. (Stanton-Jones, 1992)

الأسس النظرية للعلاج بالحركة الراقصة:

يتأسس العلاج بالحركة الراقصة على خمس أسس نظرية (Stanton-Jones, 1992, 8-10) هي:

١- أن الجسم والفعل في حالة متصلة من التبادل وأن التغيرات الجوهرية تحدث بناء على مستوى الحركة الذي يمكن أن يؤثر على الوظيفة الكلية للفرد.

ويعني هذا أيضا أن المعالج بوسيلة الحركة الراقصة يشجع المرضى دائما على الاستبصار اللفظي المتصل بالخبرة الحركية.

٢- الافتراض بأن الحركة تعكس الشخصية، فهي تتضمن عمليات النمو النفسي، الأعراض المرضية، تعبيرات عن الخبرة الذاتية وأنماط التفاعل. وقد أشار وليام ريتش W. Reich إلى أن الإيحاء ووضع الجسم والحركة هي أدلة على الدفاعات التي تؤدى الى مشاعر الغضب، المشاعر الجنسية، والقلق. وقد وافق فرويد على هذا الرأي واتبعه في تفسيراته عن العلاج بالحركة.

٣- العلاج بالحركة الراقصة هو علاقة بين المعالج القائم بالعلاج وبين العميل والتي تنشأ من خلال الحركة وتدعم فعالية العلاج.

٤- الحركة الراقصة مثلها مثل الأحلام، الرسم، فهي نوع من أنواع التداعي الحر يمكن الكشف بها عن اللاشعور.

٥- يسمح فعل ابتكار الحركة للفرد تجريب طرقا جديدة للنمو، فعملية الابتكار تتضمن استخدام التداعي الحر في الحركة والذي يلزم عملية العلاج.

وقد تأثر معالجو العلاج بالحركة الراقصة بنظريات نفسية متعددة، فاعتمدت ديانا فلاتشر D. Fletcher على أفكار فرويد في التحليل النفسي، واعتمد جون شودرو J. Chodorow على أفكار المدرسة التحليلية ليونج، بينما تأثرت بيتي لويس برنشتين B. L. Bernstein بنظرية الجشتالت، أما أرفن تالوم I. Talom فقد تأثر بالاتجاه الإنساني (ibid., 24-58).

تكنيكات العلاج بالحركة الراقصة :

قد تندرج تكنيكات العلاج بالحركة الراقصة تحت التكنيكات الخاصة بالعلاج بالموسيقى نظرا لأن الموسيقى عنصر أساسي بها، حيث يوجد عدد من الأنماط الموسيقية -الحركية التي تتألف منها التكنيكات العلاجية وهذه الأنماط هي:

١- خلفية مصاحبة Background Accompaniment: وهذا النمط عبارة عن موسيقى حية Live Music أو مسجلة، وتكون معبرة عن الحالة المزاجية المرغوبة.

٢- المؤشر الزمني Timing Cue: وتقدم في هذا النمط عادة موسيقى حية كإشارة صوتية للتنظيم الزمني للحركة، ومثالا لذلك تقديم مقطوعة موسيقية متقطعة ومتغيرة من حيث السرعة ويتطلب بالتالي تغيير الحركة تبعاً لها، أو تقديم صوت صنج Cymbal لتكون مؤشر لتغيير طبيعة الحركة.

٣- المثير الحافز Catalytic Stimulus: وفي هذا النمط تقدم موسيقى مسجلة أو حية يتم التفاعل معها بالحركة، وأمثلة لذلك تقديم مقطوعة موسيقية ثم يطلب من العميل تخيل أنشطة حركية تعبر عنها، أو تقديم أغنية محددة على افتراض أن القصائد الغنائية يمكن أن تعبر عن خبرات الفرد،و من هنا فان نمط المثير الحافز قد يساعد في بناء علاقات بين الآخرين وتشجيع العملاء على تغيير الموقف الانسحابي إلى آخر يتسم بالحركة مع المجموعة

٤- العرض المصاحب Representational Accompaniment: وفيه يقدم موسيقى حية تعكس خاصية من خصائص الحركة مثل الإيقاع، الانسياب، فتعرض موسيقى ترتبط بإيقاع الحركة المطلوبة..الخ.

٥- الإشباع أو الاطمئنان المصاحب Content Accompaniment: حيث تقدم موسيقى حية أو مسجلة لزيادة المظاهر الداخلية لفعل الحركة كالإشباع أو الإحساس بالاطمئنان الداخلي الذي يرتبط بالحركة.

٦-الدلالة المصاحبة Designative Accompaniment:و فيه تستخدم موسيقى حية كترجمة مباشرة لعناصر الحركة، كأن تستخدم وثبات وفواصل موسيقية ترتبط بحركة القفز أو الحجل Hopping (القفز على رجل واحدة)، أو لحن موسيقى هابط / أو صاعد يرتبط بالحركة الهابطة / أو الصاعدة أيضاً.

٧- الرقص المصاحب Dance Accompaniment: نمط موسيقى-حركي يتضمن موسيقى حية أو مسجلة تصاحبها رقص إيقاعي.

وقد تتألف تكنيكات العلاج بالحركة الراقصة من الأنماط السابقة كما يلي:

(١) الوعي الحركي Movement Awareness: وهو تكنيك يستخدم كل من الموسيقى والحركة لتشجيع العملاء على التفاعل والتعبير عن أنفسهم على مستوى مبدئي من خلال حركة الجسم في جلسة جماعية. ويشتمل هذا التكنيك على النمط الأول فقط من الأنماط الموسيقية-الحركية السابق الإشارة إليها

(٢) استكشاف الحركة Movement Exploration: تكنيك يستخدم المثيرات الموسيقية وعناصر حركية للكشف عن صورة الجسم وتحسينها.. ويشتمل على الأنماط الموسيقية -الحركية الثاني والرابع والسادس.

(٣) التفاعل الحركي Movement Interaction : تكنيك يستخدم الأنشطة الحركية والموسيقى لتقديم فرصة مناسبة للتعبير عن الخبرة الانفعالية والاجتماعية. ويشتمل على الأنماط الموسيقية - الحركية الأول والثاني والثالث والرابع.

(٤) الحركة التعبيرية Expressive Movement: وهو تكنيك يستخدم الموسيقى والأنشطة الحركية تعبيرا عن المشاعر والانفعالات لدى العميل. ويتضمن الأنماط الموسيقية-الحركية من الأول إلى الخامس.

(٥) الرقص Dance: تكنيك يستخدم أشكالا من الرقص مع الموسيقى لتشجيع العملاء على التفاعل الاجتماعي وزيادة الثقة بالنفس، وإعادة تنشيط مهارات Recreational skills. ويتألف من النمط السابع فقط من الأنماط الموسيقية - الحركية.

(٦) الموسيقى والتدريب Music and Exercise تكنيك يستخدم الموسيقى ليقدم هيكل زمني إيقاعي للتدريب الفيزيقي التكيفي. (Unkefer, 1990, pp. 158-163).

رابعاً: العلاج بالسيكودراما

تطور العلاج بالسيكودراما:

يعتبر أسلوب السيكودراما أحد أساليب العلاج الجمعي وقد ابتكره مورينو J. Moreno وأدخله إلى الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٢٥، ويعرف مورينو السيكودراما بأنها "العلم الذي يستكشف الحقيقة بأساليب مسرحية (درامية)". وقد ابتكر سيمونت Simoneit عام ١٩٣٣ في ألمانيا أساليب شبيهة بالسيكودراما.

ويعتبر مورينو من مؤسسي العلاج الجمعي، فقد أسس عام ١٩٣١ أول مجلة متخصصة في العلاج الجمعي والتي توقفت بعد ذلك، وفي عام ١٩٣٧ أسس مجلة " السوسيومترى" Sociometry والتي ظل يرأس تحريرها لمدة ١٨ عاماً ثم أصبحت تصدر تحت إشراف الرابطة الاجتماعية الأمريكية وهي الآن مجلة متخصصة في مجال علم النفس الاجتماعي. ثم بدأ مورينو عام ١٩٤٧ في إصدار مجلة الطب النفسي الاجتماعي والتي سميت بعد ذلك " العلاج النفسي الجمعي" ومازالت تصدر إلى الآن. (مليكه، ١٩٨٩؛ فطيم، ١٩٩٤)

الأسس النظرية للعلاج بالسيكودراما:

يرجع الأساس النظري للسيكودراما إلى مورينو Moreno (في: مليكه، ١٩٨٩) الذي يعتقد أنه يمكن علاج المشكلات الانفعالية إذا ما أدى الفرد الموقف المشكل وتم تحليله وممارسة حلول جديدة له.

ويفسر مورينو تأثير لعب الأدوار - السيكودراما - على تغير السلوك على أساس التلقائية والتي يعرفها بأنها " استجابة مناسبة لموقف جديد أو استجابة جديدة لموقف قديم". وهذه التلقائية تؤدى إلى زيادة قدرة الفرد على معالجة المواقف، كما يؤكد مورينو على التحرر في استجابة لعب الدور هذا التحرر الذي يكشف عن طرق سلوكية جديدة والتي تثبت عن طريق الممارسة مما تؤدى إلى تغيير حقيقي في السلوك

تكنيكات العلاج بالسيكودراما:

تستخدم السيكودراما – طبقا لمورينو –الأدوات الخمسة التالية: المسرح، العميل، المعالج، المساعدين (الذوات المساعدة auxiliart ego)، والجمهور. ودور المعالج هو تحويل كل ما علمه سابقا عن العميل إلى فعل درامي وأن يوجه السيكودراما الوجهة التي يرى أنها فعالة بالنسبة للعميل. والذوات المساعدة هم مجموعة من الممثلين المساعدين ويستخدمون في تمثيل أدوار الأعضاء الغائبين في شبكة العلاقات الشخصية للعميل. بينما الجمهور هم المرضى الآخرين والأخصائيين وهم يقومون بدور الرأي العام.

ومن أساليب السيكودراما:

١- عكس الدور Switching or Role Reversal : وفيه يتبادل فردان أدوارهما الواقعية مثل أن يقوم الزوج بدور الزوجة. ويساعد هذا الأسلوب على أن يرى العميل وجهة نظر الآخر.

٢- الأسلوب الازدواجي Doubling: وفيه يقوم شخص – غالبا ما يكون المعالج – بنفس دور العميل ويتكلم معه كما لو كان العميل يحادث نفسه، وقد يكرر المعالج كلامه ولكن لا يعارضه ولا ينتقده.

٣- التقليد Imitation: وهو أن يقوم العميل بتمثيل دوره ثم يقوم أحد الحاضرين بتمثيل نفس الدور وبهذا يستطيع العميل أن يعرف كيف يراه الآخرين، وأحيانا يسمى هذا الأسلوب بتكنيك المرآة Mirror Technique.

٤- أسلوب العجلة The Wheel: وفيه يجلس المعالج في وسط دائرة وحوله مجموعة من العملاء ويوجه سؤال يتناول موقفاً محدداً ثم يختار الاستجابة التي تكون لها دلالة مشتركة للجميع ويعاد مناقشتها دراميا.

٥- تمثيل مادة الحلم.

ويوجد أسلوب آخر من أساليب السيكودراما وهو اللعب السيكودرامية: وهو يستخدم مع الأطفال، ويتضمن دمى ونماذج تمثل أطفالا وراشدين وأثاث، ويطلب من الطفل ترتيبها، وهذا الأسلوب يكشف عن اتجاهات الأطفال نحو أفراد

العائلة وأيضا الكشف عن مخاوفهم وصراعاتهم وعدوانهم. (الأساليب السابقة عرضت تفصيلا في مليكه، ١٩٧٧؛ ١٩٨٩).

خامساً: العلاج بالشعر

تطور العلاج بالشعر:

يعتبر الطبيب الروماني سورانوز Soranus أول مَن وصف الشعر للمرضى في القرن الأول الميلادي. كما تعد مستشفى بنسلفانيا (والتي أنشأها بنيامين فرانكلين B. Frankline عام ١٧٥١) أول مستشفى استخدمت القراءة والكتابة الإبداعية في العلاج.

وقد كتب ليدى Leedy أول كتاب عن العلاج بالشعر فى عام ١٩٦٩ بعنوان Poetry Therapy والذي تضمن مقالات لرواد هذا المجال. وفى عام ١٩٧٠ أنشأ أرثر ليرنر A. Lerner معهد العلاج بالشعر Poetry Therapy Institute. وأنشئت الجمعية الدولية للعلاج بالشعر National Association for Poetry Therapy (NAPT) عام ١٩٨٠ والتي تولت إرساء قواعد التدريب والتأهيل للعلاج بالشعر (Longo, 1999)

الأسس النظرية للعلاج بالشعر:

أشارت دراسة مركز العلاج الشعري في نيويورك (في: شوشة ١٩٨٢) إلى أن الأساس النظري للعلاج بالشعر يتشابه مع ذلك الأساس الخاص بالأحلام، فكلاهما ينحدر من منطقة اللاشعور، ويستخدمان نفس وسائل التعبير من الاستعارة أو الرموز.

تكنيك العلاج بالشعر:

تعتبر القصيدة بناء فيزيقي، إدراكي، انفعالي يؤثر في عاطفة القارئ. ويتم اختيار القصيدة المستخدمة في العلاج لتتسق مع الحالة المزاجية للعميل، فإذا كانت حالة العميل اكتئابية يجب أن تتسم القصيدة بالطابع الاكتئابى حتى يشعر العميل بأنه ليس هو الوحيد الذي يعانى.

وفي الجلسة العلاجية تقرأ القصيدة مرتين من خلال فرد أو اثنين من أعضاء المجموعة العلاجية ليسمح بالتركيز وإدخال الإيقاع الموسيقى للقصيدة ليحل محل إيقاع التفكير المشوش، ويساعد على ذلك فترة الصمت التي يجب أن تكون بعد كل قراءة للقصيدة مما يسمح بالاستغراق في كلماتها ثم مناقشتها بين أعضاء المجموعة العلاجية، تلك المناقشة التي تؤدى إلى ضبط المشاعر و تنظيمها مع الأحداث الخارجية والداخلية المشوشة، وأيضا تغيير إيقاع العميل ومساعدته في الوعي بمشاعره التي تسبب له الألم والتعب. وغالبا ما يؤدى الإيقاع الشعري (الذي قد ينشأ في بعض الكلمات أو تكرار الأصوات) إلى تخفيف شدة التوتر. كما أن إعادة قراءة القصيدة قد يؤدى إلى ما يشبه التنويم الذي يساعد على العبور إلى اللاشعور. (Longo, 1999).

المراجع

١- شوشة، فاروق (١٩٨٢). العلاج بالشعر..و أوراق أخرى. القاهرة: دار المعارف.

٢- فطيم، لطفي (١٩٩٤). العلاج النفسي الجمعي. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٣- مليكه، لويس كامل (١٩٧٧). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الإكلينيكية. الجزء الأول. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٤- مليكه، لويس كامل (١٩٨٢). دراسة الشخصية عن طريق الرسم. القاهرة: النهضة العربية، ط٤.

٥- مليكه، لويس كامل (١٩٨٩) سيكولوجية الجماعات والقيادة. الجزء الثانى. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

6- Ball, B. (2002). Moments of change in art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 79-92.

7- Davis, W. (1996). An instruction course in the use and practice of musical therapy: The first handbook of music therapy clinical practice. *Journal of Music Therapy*, 33 (1), 34-46.

8- Davis, W. B.; Gfeller, K. E. & Thaut, M. H. (1992). *An introduction to music therapy: Theory and practice*. USA: Wm.C. Brown Publishers.

9-

Art Therapy, 12 (2), 111-117.

10- La-Brie, G. & Rosa, C. (1994). American Art Therapy Association. *Art Therapy*, 11 (3), 206-213.

11- Longo, P. (1999). Poetry as therapy. *Information Network.*

12- Stanton-Jones, K. (1992). *An Introduction to Dance Movement Therapy in Psychiatry*. New York: Tavistock / Routledge.

13- Thaut, M. H. (1990). Neuropsychological processes in music perception and their relevance in music therapy. In: R. F. Unkefer (Ed), *Music Therapy in the Treatment of Adult with Mental Disorders: Theoretical Bases and Clinical Interventions*. New York: A Division of Macmillan, Inc.

14- Unkefer, R. F. (Ed) (1990). *Music Therapy in the Adults with Mental Disorders: Theoretical Bases and Clinical Interventions.* New York: A Division of Macmillan, Inc.

15- Wadeson, H. (1980). *Art Psycho-Therapy*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

الفصل السابع

فعالية وقيمة تكنيكات العلاج بالفن مع فئات مرضية مختلفة

مقدمة

في هذا الفصل سيتم عرض الدراسات التي استخدمت أحد أساليب العلاج الفني التي تم عرضها بالفصل السابق - الفنون التشكيلية، السيكودراما، الموسيقى، الحركة الراقصة، والشعر - لعلاج فئات مرضية مختلفة مثل: الاضطرابات الانفعالية والعصابية، الاضطرابات الذهانية، اضطرابات الشخصية، اضطرابات الأكل،...الخ للوقوف على مدى فعاليتها في العلاج. كما سيعرض نقاط القوة والضعف لهذه التكنيكات ومدى استخدام الفنون المختلفة وكيفية الاستفادة منها في العالم العربي من حيث التشخيص والعلاج.

(١) فعالية العلاج بالفن مع مرضى الاضطرابات الانفعالية العصابية:

يقرر ميلز (Mills, 1991)أن العلاج بالفن للأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات وجدانية ييسر تماماً التعبير عن الانفعال بدون خوف، وييسر أيضا التعبير عن المشاكل والقدرة على امتصاصها، ويجعل التفاعل أفضل مع الواقع، والقدرة على التعامل مع الإحباطات.

وقد أجريت بعض الدراسات على أطفال يعانون من اضطرابات انفعالية منها: دراسة ميلز (Mills, 1985) على ٦ أطفال مضطربين انفعاليا التي انتهت إلى أن العلاج بالفن ييسر التعبير عن الانفعال بدون خوف وأيضا التواصل اللفظي. وعن طريق العلاج الجماعي بالفن عن طريق الرسم توصل ستنهرتد (Steinhardt, 1985) إلى إمكانية التخفيف من مستوى الانفعالية وذلك من خلال دراسة حالة طفل إسرائيلي (ذكر، ١٢ سنة). وانتهت دراسة دالين (Dallin, 1986) إلى أن العلاج بالتعبير الجسمي والسيكودراما يؤدى إلى مساعدة العملاء في التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم. وأيضا توصلت إلى نتائج مشابهة دراسة شنام (Shennum, 1987) على ٤٢ طفلا (بمدى عمر ٦-١٢ سنة) ا باستخدام

العلاج بالفن والحركة الراقصة، وفي دراسة الحالة التي قام بها فيرارا (Ferrara, 1992)على مراهق (١٤ سنة) يعانى من اضطرابات انفعالية ومظاهر نرجسية ونكوص وجد أن العلاج بالفن قد أدى إلى التدعيم الداخلي للذات ودفع النمو الشخصي.

وفي دراسة ميلفورد وفراريير سوانك (Milford; Fryrear & Swank, 1983) على ١٢ طفلا بإحدى مؤسسات إيداع، حيث لا يمكنهم التحكم في أنفسهم – بناء على شكوى من أولياء أمورهم– تم من خلال برنامج علاجي بالتصوير الفوتوغرافي تحسّن مفهوم الذات وتقدير الذات والمهارات الاجتماعية. وقد تأكدت هذه النتائج من خلال الدراسة التي قام بها بورشيرز (Borchers, 1985) على ٢٤ مريضا سيكياتريا باستخدام ١٠ جلسات علاجية بالفن، ودراسة أوليف (Olive, 1991)، ودراسة الحالة التي قام بها ستانلى وميلر (Stanley & Miller,1993) على مراهق عدواني (١٥ سنة) حيث أدى العلاج بالفن إلى تحسّن تقدير الذات.

وقد أجريت بعض الدراسات انتهت إلى أن العلاج بالفن من شأنه أن يخفض شدة القلق أو الاكتئاب لدى الراشدين منها دراسة كابلان (Kaplan, 1983)حيث استخدم الأسلوب العلاجي رسم المعالج مع العميل مع حالة أنثى في مرحلة الرشد الأولى تعانى من القلق النفسي، وأيضا دراسة الحالة التي قام بها كانوليتا (Cagnoletta, 1983) على أنثى (٢٢ سنة) حيث تم استخدام العلاج بالرسم. ودراسة تبتس وستون (Tibbetts & Stone, 1990)على ٢٠ مراهقا، حيث أدى العلاج بالفن إلى زيادة الوعي بأنفسهم وبالبيئة المحيطة وأيضا انخفاض القلق والاكتئاب. وكان البرنامج العلاجي الذي استخدمه ألدريج وبراندت ووهلر (Aldridge; Brandt & Wohler, 1990) هو الفن يوميا والموسيقى أسبوعيا وذلك لحالة أنثى (٣٦ سنة).و كان للعلاج بالشعر نفس التأثير في دراسة الحالة التي قام بها ليستر وتيرى و (Lester & Terry, 1992) أيضا دراسة الحالة التي قام بها برانش (Branch, 1992) على أنثى (٣٠ سنة).و في دراسة منهاز وجرويل (Minhas & Grewal, 1993) على ٦٠ فردا وزعوا على خمس مجموعات تبعا لمحتوى الموسيقى التي تعرّضوا لها

(مشاعر التعبد devotion، الحنان، الشهوة الجنسية، الاطمئنان، مجموعة ضابطة لا تستمع إلى موسيقى)،و قد أشارت النتائج إلى انخفاض ملموس في كل من القلق والعدوانية. وإلى هذا أيضاً انتهت دراسة هامر (Hammer, 1996) والتي أجراها على ١٦ فردا (١٠ أفراد في المجموعة تجريبية +٦ بالمجموعة الضابطة) مستخدماً برنامجاً علاجياً مكوّن من تكنيكات استرخاء وموسيقى.

وباعتبار أن العلاج بالفن يمكن أن يخفض شدة القلق والاكتئاب فيمكن بالتالي أن يخفض شدة الأعراض السيكوسوماتية، وهذا ما انتهت إليه دراسة فليبوبلوز وموكاس (Philippopoulos & Lucas, 1983) باستخدام العلاج الجماعي بالفن، وأيضا دراسة ثيرول وآخرون (Theorell et al, 1998) على ٢٤ مريضا باضطرابات سيكوسوماتية (بمدى عمر ٢٢-٥٨ سنة).

وقد أدى استخدام تكنيك العلاج الجماعي بالفن إلى تحسّن التفاعل الاجتماعي كما في دراسة جرين وآخرون (Green et al, 1987)فريير وستيفنز (Fryear & Stephens, 1988.

(٢) فعالية العلاج بالفن مع المرضى الذهانيين:

أجريت عدد من دراسات الحالة على مرضى فصاميين ومنها على سبيل المثال دراسات كل من كون (Cohn, 1984)على حالة فصام بارانويدى، وفيلبس (Phillips, 1986) على حالة أنثى فصامية، وبا وفاكو (Ba & Facco, 1989)على ذكر فصامي وانتهت هذه الدراسات إلى أن العلاج بالفن من شأنه خلق تواصل غير لفظي بين العميل والمعالج، وتحسين القدرة على التعامل مع الواقع.

وباستخدام تكنيك اللعب المتحركة Puppet Theater- تشكيلها أو استخدامها في لعب الأدوار - انتهت دراسات برودى ودولسى (Prodi & Dolci, 1983) و دولسى وبرودى و (Dolci & Prodi, 1983)كوبلمان (Koppelman, 1984)إلى فعالية هذا التكنيك في إظهار الاتجاهات المتناقضة لدى المرضى وخلق القدرة لديهم على التواصل والتعبير عن انفعالاتهم.

وعن طريق العلاج الجماعي بالفن انتهت دراستي كوهن (Cohen, 1983) وبوتكى (Potocky, 1993) إلى تقرير فعالية العلاج بالفن في زيادة الوعي

وتقدير الذات والمهارات الاجتماعية لدى المرضى الفصاميين. كما أكدت دراسة بوجورنو ولينجسو ونيلسن (Bjorno; Lyngso & Nielsen, 1990) إلى أن استخدام العلاج الجمعي بالرسم يساعد الأطفال الاضطرابات العقلية الشديدة في ازدياد الوعي بمحتويات اللاشعور دون الحاجة إلى مناقشة.

وتوصل روميرو وهارفتز وكارانزا (Romero; Hurwitz & Carranza, 1983) من دراستهم التي أجروها على ٣٠ مريضاً فصامياً مزمناً إلى أن علاج الفصاميين بتكنيك الحركة الراقصة قد يسمح بمرونة في حركات جسمهم، ويجعلهم يتخلون عن انسحابهم، ويستطيعون التعبير عن تفكيرهم، وقد اقترح روميرو وزملائه أن فعالية العلاج بالرقص تكون أفضل عندما يدمج مع الأساليب العلاجية الفنية الأخرى والسيكودراما والعلاج بالعقاقير.

وفي دراسة الحالة التي قام بها جلاتر (Glater, 1999) على ذكر متزوج ولديه خمس أطفال ويعانى من سلوكيات بارانويدية وشاذة، فيهدد أطفاله ويضرب زوجته ويتبرز في ملابسه أو في أي مكان بالمنزل. وقد عولج بمضادات الذهان لمدة عام، ثم استخدم معه العلاج بالموسيقى الذي أدى إلى زيادة القدرة على التعبير الانفعالي وتحسين صورة الذات، والقدرة على عمل علاقة ثقة مع المعالج، وأيضا زيادة القدرة اللفظية وإمكانية عمل تفاعلات اجتماعية مقبولة وملائمة.

(٣) فعالية العلاج بالفن مع مرضى اضطرابات الشخصية:

وقد أجريت القلة من دراسات العلاج بالفن على مرضى اضطرابات شخصية، ومنها دراسة ريشرت وبرجلاند (Richert & Bergland, 1992)التي توصلت إلى فعالية العلاج بالفن والحركة والإرشاد بالعمل مع ٢٠ أنثى (تتراوح أعمارهم بين ١٨-٤٩ سنة) ولديهن اضطراب شخصية متعدد Multiple Personality Disorder.

وفي دراستي حالة قام بهما هورفتز-داربى (Horavitz-Darby, 1992) أثبت فعالية العلاج بالفن (الرسم والسيكودراما والتشكيل بالصلصال) في علاج زوج من الإناث لديهما جنسية مثلية، أحدهما صماء عمرها ٢٠ سنة والأخرى

٢٣ سنة.

(٤) فعالية العلاج بالفن مع مرضى اضطرابات الأكل:

تتضمن اضطرابات الأكل؛ اضطراب فقدان الشهية العصبي **Anorexia Nervosa**أو الشره المرضى **Bulimia**.

وقد أجريت عدد من الدراسات لعلاج مرضى فقدان الشهية العصبي بالفن، فتوصلت دراسة كونرى وآخرون **(Conroy et al, 1986)**إلى أن العلاج بالفن قد يساعد هذه الفئة من المرضى في تحدى إحساسهم بالعجز، كما انتهت دراسة ولف وآخرون **(Wolf et al, 1986)**إلى فعالية العلاج في تعامل هؤلاء المرضى مع صراعاتهن. وباستخدام برنامج علاجي بالفنون (الحركة، الرسم، الدراما) وأيضا أساليب علاج لفظية وأسرية توصل كاسلو واشر **(Kaslow & Eicher, 1988)**إلى وجود فعالية للبرنامج المستخدم تمثلت في تمكن المرضى من التعبير عن الذات بيسر ونمو إحساسهم الإيجابي نحو ذواتهم.

ويرى روبين **Rubin** ١٩٨٧ وشافيريان **Shaverien** ١٩٩٦ **(as cited in Rehavia-Hanauer, 2003, 2)** أن العلاج بالفن يتسم بخصائص نوعية تجعله ملائماً لعلاج فقدان الشهية العصبي حيث لا يعتمد على التعامل اللفظي وبالتالي يسمح للعميل أن يعبر عن محتويات اللاشعور الداخلية غير المتكاملة بدون تنشيط لميكانزمات الدفاع ضد هذا المحتوى. وهذا ما يؤكد ما أشار إليه شافيريان **(Shaverien, 1994)** بأن الخلق الفني يكسب المحتوى الداخلي للعميل شكل عياني يرتبط به، وأن الصور قد تتوسط بين العالم الداخلي والعالم الخارجي للعميل، حيث أن المنتج الفني يجسد كل صراعاته وانفعالاته وعلاقاته وخاصة بالطعام وبسلوك الأكل.

وقد قام لوزاتو **(Luzzatto, 1994)**بتحليل صور أنتجها بعض المرضى الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، وقد أشارت النتائج إلى أن هذه الصور تكشف عن صراع أطلق عليه اسم "الشرك المزدوج **double-trap**" وهذا الصراع ما هو تناقض متواصل " أحتاجك– ولكن لا تساعدني". وقد أشار لينسش **Linesch**١٩٨٨ **(as cited in Rehavia-Hanauer, 2003)** إلى أن

مرضى فقدان الشهية العصبي يظهرون محاولة لحل الصراع النفسي بقرار أو عمل فيزيقي.

بينما انتهى أمارى (Amari, 1986)انتهى إلى فعالية استخدام العلاج بالفن التشكيلي والتشكيل بالصلصال في علاج حالة أنثى (١٩ سنة) لديها شره مرضى.

(٥) فعالية العلاج بالفن مع متعاطي المواد المؤثرة نفسياً:

يشير مور (Moore, 1983)إلى أن المعتمدين على العقاقير يتسمون بالانعزال،و انخفاض تقدير الذات، اليأس، عدم القدرة على التواصل، ولذا فان العلاج بالفن يمكن أن يعيد الإحساس بالتحكم والسيطرة على التعاطي. وهذا ما أكدته عدد من الدراسات منها دراسة مارزينى (Marazzini, 1983) التى أوضحت أن الرسم والتصوير الزيتي في مناخ استرخاء وخلفية موسيقية قد تساعد المدمنين صغار السن أثناء مرحلة الانسحاب، وذلك لأن هذه الأنماط الفنية ليست أدوات علاجية فقط ولكنها بدائل للعقار وهذا ما أكده كوكس وبرايس (Cox & Price, 1990) في أن الرسوم تقابل حاجات المتعاطين المراهقين للعقار. وكشفت دراسة سبرنج (Spring, 1985)إلى أن العلاج بالفن مع الإناث المعتمدات على العقاقير واللاتي أسئ إليهن جنسياً يؤدى إلى كشف أفكارهن ومشاعرهن.. كما أن دراسة فيرشوب (Virshup, 1985) قد انتهت إلى أن العلاج الجماعي بالفن قد أدى إلى نمو المهارات الاجتماعية وزيادة تقدير الذات لدى أنثى مدمنة (عمرها ٣٥ سنة). وتوصل أوهايو (Ohio, 1986)إلى أن تكامل تكنيكات العلاج بالسيكودراما والفن والموسيقى قد تؤدى إلى زيادة وعى متعاطي العقاقير بالذات وإمكانية التعبير عنها.

وليقتصر الاهتمام بالعلاج من خلال الفنون مركزا على علاج متعاطي المواد المؤثرة نفسياً فقط، بل امتد أيضاً إلى أطفال المتعاطين الذين عادة ما يعانوا من مشكلات سلوكية. وقد توصل سبرنجر وفيليبس وفيليبس وكانادى (Springer; Phillips; Phillips & Cannady, 1992) إلى فعالية العلاج بالفن لأطفال الآباء المعتمدين على العقاقير في رفع الكفاءة وانخفاض المشاكل

السلوكية وذلك من خلال تطبيق قائمة لمراجعة سلوك الأطفال Child Behavior Checklist قبل وبعد ١٢ أسبوعاً من العلاج بالفن.

(٦) فعالية العلاج بالفن للآثار الناجمة عن سوء التعامل الجنسي :sexual abuse

تعتمد برامج العلاج بالفن المصممة للمراهقين الذين أسئ لهم جنسياً أو فيزيقياً أو انفعالياً على وضعهم في مواقف تتطلب استعادة مشاعرهم أثناء مشقة الإساءة لهم ومن هنا يتغلب البرنامج العلاجي على المشاعر السلبية (Klorer, 1992).

دمج هازارد وكنج وويب (Hazzard; King & Webb, 1986)العلاج بالفن مع العلاج الجماعي ولعب الدور والأفلام وذلك لعلاج ١١ أنثى (١١-١٦ سنة) تم الإساءة إليهن جنسياً، وقد حقق البرنامج العلاجي هدفه في خفض مشاعر القلق والاكتئاب والغضب والذنب، وزيادة القدرة على إعادة التعامل مع الذكريات الخاصة بمواقف المشقة.

وقد أوضح بولو (Bolea, 1986)إمكانية العلاج بالفن في عمل إزاحة لدرجات الكشف عن الذات من المستوى المرتفع - الذي يتسم به الأطفال الذين أسئ لهم جنسياً- إلى المستوى السوي، كما أنه يزيد القدرة على التعامل مع الإحساس بالوحدة.

وفي دراسة حالة قام بها توسكانى (Toscani, 1998)على امرأة (٣٧ سنة) أسئ معاملتها جنسياً في الطفولة والمراهقة، استخدم الباحث تكنيك السيكودراما الذي كان فعالاً في إظهار المشاعر الداخلية للعميلة مثل الغضب الناتج عن الحدث الصدمي، وبالتالي التخفيف من حدته.

(٧) فعالية العلاج بالفن في علاج الأعراض المصاحبة لاصابات الدماغ :Traumatic brain

أجريت عدد من الدراسات لمعرفة فائدة العلاج بالفن في تخفيف حدة الأعراض المصاحبة لإصابات دماغيه مختلفة. فقد أوضحت

دراسة ناتوفا (Naitove, 1983)على مرضى الصرع أن تكنيكات العلاج بالفنون تؤثر إيجابيا على التركيز وسعة الانتباه وكف النوبات المرضية.

كما توصلت دراسة فينبرج (Weinberg, 1985)إلى أن العلاج بالفن قد يساعد مرضى السكتة الدماغيه و Strokeإصابات المخ على زيادة التكيف وتقدير الذات والدافعية، والقدرة على التعبير عن الغضب والإحباط بطريقة غير مهددة، وأيضا يعتبر وسيلة للتهرب المؤقت من الوعي بالألم الفيزيقي والذهني ويسمح بالإرادة والتحكم.

وقد استخدم بولكوف وفولب (Polkow & Volpe, 1985)برنامجاً علاجياً لمرضى إصابات الرأس head-injuredيتضمن أنشطة فيزيقية، فنية، علاج بالعمل، بالكلام، مناقشة جماعية، وإرشاد فردى، واشترك في هذا البرنامج ١٥ مريضاً لمدة ١٨ شهراً، وأشارت النتائج إلى تحسن ١١ منهم عادوا إلى أعمالهم المعتادة.

وقد أجريت عدد من الدراسات على أفراد يعانون من الأفازيا ،Aphasia ومن المعروف أن التدخلات العلاجية للأفازيا تكون بهدف تحسين كل من الفهم والتعبير والتواصل والمشاركة والمحافظة على عضوية الفرد في المجتمع. وفي هذا الصدد انتهت دراسات الحالة التي قام بها كل من ليون ،(Lyon, 1995)و واينر ،(Weniger, 1995) ورلو (Rao, 1995) على حالة عمرها ٧٢ سنة، كوبلى ،(Cubelli, 1995) وجولدنبرج (Goldenberg, 1995) على ٣٣ حالة أفازيا (ذكور وإناث) إلى أن العلاج بالرسم قد حقق الأهداف العلاجية السابق ذكرها.

(٨) فعالية العلاج بالفن مع المتأخرين عقلياً:

تهدف التدخلات العلاجية للمتأخرين عقليا إلى تحسين بعض المهارات الاجتماعية أو المعرفية أو السلوكية لديهم، وقد انتهت دراسة ستاماتولز وموت (Stamatelos & Mott, 1985) على ٣ حالات متوسطي التأخر العقلي من المراهقين وحالة طفلة (١٠ سنوات) لديها تأخر عقلي شديد. إلى أن الكتابة

والرسوم الإبداعية تمكنهم من التعبير عن أنفسهم. وتوصلت دراسة هنلى (Henley, 1986)على ٤ أفراد متأخرين عقلياً (١٦-١٨ سنة) إلى أن العلاج بالفن لمدة سنتين قد أدى إلى نمو معرفي وانفعالي لديهم. كما أن العلاج بالفن قد يساعد في خفض مشاعر الاستسلام والصعوبات السلوكية، واتضح ذلك من دراسة الحالة التي قام بها بون وروسال (Bowen & Rosal, 1989) لامرأة عمرها ٢٨ سنة لديها تأخر عقلي. كما أثر العلاج بالفن تأثيرا إيجابيا على جوانب الاتصال غير اللفظي وذلك في دراسة ناردى وآخرون (Nardi et al, 1994) على ١٧ ذكرا وأنثى من المتأخرين عقلياً بإيطاليا (تتراوح أعمارهم بين ٢٥-٢٧ سنة).

وأيضا يساعد العلاج بالفن المسنين المتأخرين عقلياً فيزيد من درجة تقدير الذات (Harlan, 1990) وتحسن المهارات الاجتماعية والتواصل وخفض الانسحاب وإثارة العمليات المعرفية وزيادة مهارات حل المشكلة (Segal, 1990)، وتحسن مهارات الاتصال وزيادة الثبات الانفعالي (Murhashi & Hirokawa, 1994).

(٩) فعالية العلاج بالفن مع الذين يعانون من صعوبات التعلم:

يوجد عدد قليل من الدراسات التي تناولت فعالية العلاج بالفن مع صعوبات التعلم بالرغم ما أشار إليه ميلر (Miller, 1986) من أن الرسم يساعد الأطفال الذين لديهم صعوبات تعلم في نمو التآزر بين العينين واليد، والتشجيع على التعبير عن الذات، وتعلم العلاقات بين الكلمات، ويساعد أيضا في تعديل سلوك مّن لديهم صعوبات في التعلم والذين لديهم سعة انتباه قصيرة وصعوبة في إكمال المهمة والنشاط الزائد.

وقد استخدم أدلر وفيشر (Adler & Fisher, 1984)برنامج متعدد للعلاج بالفن (موسيقى،حركة، رسم) مع فصل دراسي لديه صعوبات تعلم وإعاقات متعددة (تتراوح أعمارهم بين ٥-٨ سنوات)، وأدى البرنامج العلاجي إلى زيادة مفهوم الذات وتقبلها.

(١٠) فعالية العلاج بالفن مع المعاقين فيزيقياً:

تتضمن الإعاقات الفيزيقية إعاقة في أحد الحواس (السمع، البصر...الخ) أو أحد الأطراف (الأيدي أو الأرجل) أو كليهما كما في الشلل الرباعي **Quadriplegic.**

وقد أجريت بعض الدراسات على المعاقين سمعيا (صمم)، حيث استخدم هنلى (**Henly, 1987**)برنامجا للعلاج بالفن مع ذكر أصم، عمرة ١٧ سنة وذلك لعلاج أعراض الاكتئاب والانسحاب، وظهرت فعالية إيجابية للبرنامج على التكيف الانفعالي ونمو الابتكارية. وفي دراسة كوهين وكوهين (**Cohene & Cohene, 1989**) على فتاتين لديهما إعاقة سمعية (١٨، ١٥ سنة) وباستخدام تكنيكات سرد القصة، الرسم مع المعالج، رسم قصة، تمكنت الفتاتان من التعبير عن مشكلاتهما السلوكية ومعاناتهما الناتجة عن خبرة اغتصاب جنسي تعرضن لها من قبل.كما توصل هورفتز- داربي (**Horovitz-Darby, 1991**) من دراسة الحالة على طفل أصم (عمره ٣ سنوات ونصف) يعالج لمدة ٣ سنوات علاج فردى وأسرى بالفن إلى فعالية العلاج في مساعدة الطفل في التواصل مع أسرته وإمكانية التعبير عما بداخله.

وعن الدراسات التي أجريت على إعاقات الأطراف، ساعد العلاج بالفن في دراسة روسنر (**Rosner, 1982**) مجموعة من المرضى الذين يعانون من الإعاقة الرباعية (١٨-٥٢ سنة) على زيادة القدرة على التعامل مع الواقع. وفي دراسة فينبرج (**Weinberg, 1985**)أدى العلاج بالفن لمرضى شلل رباعي إلى زيادة تقدير الذات والدافعية، وأتاح وسيلة فعالة للتعبير بطريقة ناجحة عن الغضب والإحباط. كما أكدت دراسة الحالة التي قام بها باريس (**Paris, 1987**) على امرأة -٧٢ سنة- فقدت رجليها، على أن التعبير من خلال الرسم يؤدى إلى زيادة تقبل الذات والقدرة على الاندماج الاجتماعي.

(١١) فعالية العلاج بالفن في تخفيف شدة الأعراض النفسية المصاحبة للأمراض الفيزيقية (الجسدية) المؤدية للموت:

أجريت عدد من دراسات الحالة على مرضى السرطان ومنها دراسة

رودلف (Rudloff, 1985)التي انتهت إلى إمكانية العلاج بالفن مساعدة مرضى السرطان في إفراغ مشاعرهم السلبية المكبوتة. وأشار كوتن (Cotton, 1985) إلى أن العلاج بالفن يمكن أن يخفف من المعاناة الفيزيقية والعقلية في المراحل الحادة والمتقدمة لدى مرضى اللوكيميا.

وقد أوضحت دراستي الحالة التي قاما بهما دافيد وساجمان (David & Sageman, 1987)التأثير الإيجابي للعلاج بالفن مع مرضى الإيدز AIDS في مساعدتهم على التنفيس عن مشاعر الغضب والاكتئاب واليأس من تدعيم البيئة، حيث خفف العلاج بالفن من وطأة المشكلات المصاحبة للمرض. وقد أكدت هذه النتائج دراسة جرايسون (Grayson, 1995) باستخدام تكنيكات علاجية بالفن والشعر. ودراسة الكنسون وجريف (Elkinson & Griff, 1995) فقد خفض العلاج بالفن الاكتئاب والقلق. وفي دراسة بيكريلو (Piccirillo, 1995)تمكن العلاج بالفن من التعامل مع التأثيرات غير المتوقعة للفيروس.

(١٢) فعالية العلاج بالفن في التخفيف من شدة الأعراض التالية للصدمة (ضغوط الحياة):

يشير جونسون (Johnson, 1987) إلى أن استخدام العلاج بالفن مع المترتبان التالية للصدمة والمتمثلة في تفكك الذات وتفكك العلاقات الشخصية يكون بمثابة مدخل للتعامل مع ذكريات الصدمة وإعادة ربطها بالعالم المحيط بالفرد وتيسير عملية الاندماج مع الآخرين.

وقد أشارت دراسة سيمون (Simon, 1981) إلى إمكانية استخدام فنون الرسم والتشكيل بالصلصال واللوحات الزيتية في تيسير تقبل موت شخص عزيز، وتأكدت هذه النتيجة أيضا في دراسة يونج (Junge, 1985) التي استخدم فيها الكتابة الإبداعية، وفي دراسة ماك انتاير (McIntyre, 1990) التي تضمنت استخدام برنامج علاجي يتضمن الموسيقى والحركة والدراما، ودراسة زامبلى وكلارك ودى-جون هودجوسون (Zambelli; Clark & de-Jong-Hodgson,1994) باستخدام العلاج الجمعي بالفن مع أطفال فقدوا حديثا عضوا من الأسرة.

كما ساعد العلاج بالفن في علاج مصاحبات مشقة الطلاق الزواجى (Mitchell, 1984) والاغتصاب (Hargrave-Nykaza, 1994).

(١٣) فعالية العلاج بالفن لأمراض الشيخوخة:

أشار سيمون (Simon, 1985)من خلال دراسته على أربعة إناث يعانين من أمراض الشيخوخة، الى أن العلاج بالفنون التصويرية Graphic Style قد يؤدى إلى تأثيرات إيجابية لمشاعرهم عامة، وخفض مشاعر الغضب والعجز والاكتئاب.

ويذكر هارلان (Harlan, 1993)أن قيمة العلاج بالفن لمرضى الالزهايمر Alzheimer s disease تتضمن: مساعدة المريض على الإحساس بأهميته؛ التيسير في إظهار الانفعالات المصاحبة للمرض، كف أو إعاقة العزلة الاجتماعية من خلال مشاركة الرفقاء في اهتمامات عامة. كما أن العلاج بالفن يمكن أن يعطى الأفراد الذين يعانون من العته Dementiaالفرصة للتعبير عن الانفعالات ووسيلة لنقل الذكريات، وأيضا هو محاولة إيجابية للتعامل مع البيئة التي تكون بالنسبة لهم صعب التعامل معها ومخيفة، ويعتبر العلاج بالفن لمرضى الالزهايمر نوع من إثارة الخبرة. وأضاف جونسون ولاهى وشور (Johnson; Lahey & Shore, 1992) إلى أن العلاج بالفنون الإبداعية – بكل أنواعها – تساعد مرضى الالزهايمر في تنظيم خبراتهم، والتعبير عن ذاتهم، وتشجع على استعادة الذكريات.

وقد أجرى بروتونز وبكيت-كوبر (Brotons & Pickett-Cooper, 1996) دراسة على ٢٠ مفحوصاً تراوحت أعمارهم بين ٧٠-٩٦ سنة من مرضى الالزهايمر وانتهيا إلى فعالية العلاج بالموسيقى لخفض السلوكيات غير السوية. كما أكدت دراسة بولوك (Bullock, 1998)على ١٥ من كبار السن (متوسطهم العمرى ٦، ٧٩ سنة) ممن لديهم عته شيخوخة، ٩ منهم اشتركوا في برنامج علاجي بالدراما والحركة، والذي أدى إلى زيادة القدرة على فهم الذات وتقبلها، وتيسير الذكريات الماضية، وتحسن التفاعلات الاجتماعية.

نقاط القوة والضعف في استخدام تكنيكات العلاج بالفن

في هذا المحور ستعرض الكاتبة نقاط القوة والضعف في تكنيكات العلاج الفني حتى يمكن الحكم على مدى فعاليتها والاعتماد عليها في العلاج النفسي.

(١) هل كان استخدام التكنيكات العلاجية بالفنون المختلفة فعّالا في تحقيق أهداف العلاج النفسي عامة ؟. للإجابة على هذا التساؤل ستعرض هذه الأهداف (سبق ذكرها ص. ١) مع توضيح أمثلة من الدراسات التي حققتها وذلك كما يلي:

١- محاولة تقوية دافع المريض لعمل كل ما هو مرغوب: وقد تحقق هذا الهدف من خلال عدة بحوث منها دراسات **(Moore, 1983; Weinberg, 1985; Harvey, 1989)**.

٢- إطلاق الانفعالات وتيسير التعبير عن المشاعر لدى العميل: ويعتبر هذا الهدف هو أكثر الأهداف موضعاً للاهتمام عند معظم الدراسات والتي تم عرضها في المحور السادس والتي انتهت بصورة إجمالية إلى تحقيقه ومن أمثلة لهذه الدراسات **(Mills, 1985; Branch, 1992; Toscani, 1996; Glater, 1999)**

٣- إطلاق إمكانيات النمو والتطور لدى العميل: وقد تحقق هذا الهدف على سبيل المثال في دراسات **Kaplan, 1983; Henely, 1986; Branch, 1992**

٤- تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة لدى العميل: وقد حقق هذا الهدف بعض الدراسات منها **Potcek & Wilder, 1989; Segal, 1990**.

٥- معرفة العميل لذاته بما بها من جوانب القوة والضعف: وقد اهتمت معظم الدراسات بهذا الهدف وانتهت إلى فعالية تكنيكات العلاج بالفن في تحقيقه من خلال تحسين تقدير الذات وأمثلة على ذلك دراسات **Ohio, 1986; Harlan, 1990**.

٦- تغيير العادات المرضية التي اكتسبها العميل من خلال تعلم خبرات خاطئة: وأيضا تحقق هذا الهدف من خلال عدد من الدراسات منها دراسات **Miller, 1986; Glater, 1999.**

٧- التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاقات بين العميل وبين الآخرين: وقد انتهت عدد من الدراسات إلى فعالية تكنيكات العلاج الفني المختلفة في تحقق هذا الهدف منها Virshup, 1985; Borchers, 1985; Fryear & Stephens, 1988; Olive, 1991.

وبالرغم من أن ما سبق قد يشير إلى الإمكانية المطلقة لتكنيكات العلاج الفني في العلاج النفسي، إلا أن نتائج الدراسات السابق ذكرها ينبغي أن تؤخذ بحذر شديد نظرا لأن نواتج التكنيكات العلاجية لم تقاس بطرق مستوفاة الشروط السيكومترية المقبولة (معظم الدراسات السابقة استخدمت الطرق الاسقاطية والتي سبق الإشارة إلى عيوبها في المحور الخامس، أو عن طريق التفسير الذاتي للتغيّر في الاستجابات الفنية)، وأيضا للأسباب التالي ذكرها في نقاط التقييم من رقم ٢ إلى ٥.

(٢) من حيث المنهج: يلاحظ أن عدداً كبيراً من الدراسات التي تناولت تكنيكات العلاج بالفنون المختلفة قد استخدم المنهج الإكلينيكي (دراسة الحالة) ومنها دراسات Cohn, 1984; Amari, 1986; Bowen & Rosal, 1989; Branch, 1992; Ferrara, 1992; Toscani, 1998; Glater, 1999، الأمر الذي لا يعطى إمكانية كبيرة في تعميم النتائج بالصورة التي تتفق وهدف أي علم.

(٣) تكنيكات العلاج الفني المختلفة (التي سبق ذكرها في المحور الرابع) غير واضحة بالقدر الذي يمكّن الباحثين من إجراء دراسات استعادة، فمن الملاحظ أنها نوع من أنواع الممارسة غير المقننة للفنون أو تلقى مثيرات فنية يقررها المعالج -بخبرته الشخصية - دون تتبع محكات معينة لاختيار هذه المثيرات. ولذا يلزم تحديد خطوات أي تكنيك علاجي وإجراء بحوث امبريقية على كل منها لمعرفة مدى فعاليتها.

(٤) بإجراء مسح بالكمبيوتر لدراسات العلاج بالفن للفترة من ١٩٨٣ إلى ١٩٩٦ على قاعدتي البيانات PsycLIT & PsycINFO اتضح أنها تتضمن تقريباً ٤٧٣ دراسة ومقالا في التشخيص/ القياس والعلاج موزعة على التكنيكات الفنية كما يلي: ٣٥٨ دراسة تتناول الفنون التشكيلية المختلفة من رسم وتشكيل

بالصلصال ونحت ورسم بالفحم والتصوير الفوتوغرافي....الخ (بنسبه ٧، ٧٥ %)،٣٥ دراسة تقريبا عن العلاج بالموسيقى (٤، ٧%)، ٢٩ دراسة تدور حول العلاج بالحركة الراقصة (١، ٦%)، ٢٦ دراسة عن العلاج بالشعر (٥، ٥ %)، ٢٥ دراسة تستخدم العلاج بالسيكودراما (٣، ٥%). وبالرغم من أن معظم الدراسات استخدمت الفنون التشكيلية -كما يتضح من النسبة السابقة- إلا أن التكنيكات الخاصة بها مازالت لا تتسم بشروط سيكومترية مقبولة (المحور الخامس)، كما يتضح القصور الشديد في الدراسات التي تستخدم تكنيكات الفن الأخرى.

(٥) وأيضا من خلال مسح الدراسات السابق الإشارة إليه اتضح وجود ٣٣٧ دراسة تقريباً (بنسبة ٢، ٧١%) استخدمت التكنيكات العلاجية الفنية مع الفئات المرضية (كما صنفت بالمحور السادس) وموزعة كما يلي:- ٨٢ دراسة مع مرضى الاضطرابات الانفعالية والعصابية (٣، ٢٤%)، ٥٩ دراسة مع فئة المرضى الذهانيين (٥، ١٧%)، ٨ دراسات مع فئة مرضى اضطرابات الشخصية (٤، ٢%)، ١٩ دراسة مع مرضى اضطرابات الأكل (٦، ٥%)، ١٨ دراسة على المتعاطين لمواد مؤثرة نفسياً (٣، ٥%)، ٣٢ دراسة على مَن أسئ التعامل معهم جنسياً (٥، ٩%)، ٢٠ دراسة على مرضى إصابات الدماغ (٩، ٥ %)، ٢٥ دراسة على المتأخرين عقلياً (٤، ٧%)، ٨ دراسات مع الذين يعانون من صعوبات تعلم (٤، ٢%)، ١٥ دراسة على فئة المعاقين إعاقة فيزيقية (٥، ٤ %)، ١١ دراسة على الذين يعانون من أمراض خطيرة مؤدية للموت (٣، ٣ %)، ٢٠ دراسة لفئة مَن يعانون من الأعراض التالية للصدمة (٩، ٥%)، ٢٠ دراسة على كبار السن الذين يعنون من أمراض شيخوخة (٩، ٥%) ومن الواضح أن معظم الدراسات ركزت على الأعراض العصابية. كما أن الدراسات التى تناولت تكنيكات فنية في مجال التشخيص ٢٥ دراسة (بنسبة ٧%) فقط، وأن جميعها استخدم تكنيك الرسم. ومن هذه النسب يتضح أنه يجب إجراء دراسات تشخيصية تستخدم تكنيكات الفنون المختلفة مع الاهتمام بالشروط السيكومترية، وأيضا يجب إجراء دراسات على الفئات المرضية المختلفة للتأكد من مدى فعالية التكنيكات الفنية.

(٦) يفترض أيزنك H. Eysenck أن ثلثا الحالات المرضية (٦٦%) - خاصة العصابية - تتحسن تلقائيا خلال سنتين وبدون أي تدخل علاجي، وهذا ما يسمى بنسبة الشفاء التلقائي (cited by Rachman & Wilson, 1980)، وبالتالي يمكن الحكم على فعالية أي علاج من خلال مقارنة نسبة الشفاء به بنسبة الشفاء التلقائي، إلا أن هذا المحك لا يمكن استخدامه مع الدراسات العلاجية بالفن نظرا لأن معظمها استخدم منهج دراسة الحالة كما ذكر سابقا، وأيضا لا توجد مراجعة تقييمية حاولت حساب نسبة الشفاء. كما يمكن استخدام محك الفترة الزمنية اللازمة للشفاء في تقييم أي تكنيك علاجي وذلك بأن يؤدى التكنيك إلى الشفاء في مدة أقل من سنتين، إلا أن العديد من الدراسات التي استخدمت تكنيكات فنية أشارت إلى استمرار العلاج لفترات طويلة منها دراسات Polkow & Volpe, 1985; Philippopoulos & Lucas, 1985; Henely, 1986; Horovitz-Darby, 1991 مما يشك في أن الشفاء في مثل هذه الدراسات قد يرجع إلى الشفاء التلقائي.

(٧) يلزم إجراء بحوث امبريقية مقارنة بين فعالية تكنيكات العلاج الفني المختلفة لدى الفئات المرضية وذلك لمعرفة التكنيكات العلاجية الفنية الأكثر ملاءمة مع كل فئة مرضية. كما يلزم أيضا إجراء مثل هذه البحوث المقارنة بين التكنيكات الفنية وأساليب العلاج النفسية الأخرى، وأيضا فعاليتها في حالة دمج عدد من التكنيكات الفنية.

استخدام الفنون في العالم العربي في المجال الإكلينيكي (القياس/ التشخيص والعلاج)

(١) استخدام الفنون في العالم العربي في القياس / التشخيص الإكلينيكي:

من أكثر الاختبارات المستخدمة في البيئة العربية ومعتمدة على الرسم هي:

١-اختبار رسم الرجل: وقد نشرته جودانف Goodenough عام ١٩٢٦ وتمت مراجعته ونشره عام ١٩٦٣ باسم Harris-Googenough Test of Psychological Maturityأو ما يسمى Goodenough -Harris Drawing

.Test وقد أجريت عدد من الدراسات في البلاد العربية لتقنين طبعة ١٩٢٦ من الاختبار (تفصيلا في أبو حطب، ١٩٧٩) وأولى هذه الدراسات كانت لإسماعيل القباني (مصر) ما بين عامي ١٩٢٨، ١٩٣٠، ثم دراسة ميشيل إسكندر ما بين ١٩٣٤، ١٩٣٥ (مصر)، دراسة مصطفي فهمي في الخمسينات (مصر)، محمد بطاينة (الأردن)، مالك البدرى ١٩٦٦ (السودان)، محمد نسيم عام ١٩٦٨ (الكويت)، عبد السلام عبد الغفار والسيد فؤاد الأعظمى عام ١٩٦٩ (لبنان)، عبد الجليل الزوبعى عام ١٩٧٢(العراق)، فتحي عبد الرحيم عام ١٩٧٥ (اليمن)، أبو حطب وآخرون ١٩٧٧ (السعودية). وأيضا أجريت عدد من الدراسات العربية على طبعة ١٩٦٣ من الاختبار وهي دراسات محمد متولي غنيمة عام ١٩٧٦ (مصر)، والمفتى وخضر (١٩٩٠) بهدف التعّرف على عناصر الرسم المميزة بين مرتفعي ومنخفضي التوافق.

وقد توصل فرج ١٩٨٦ إلى إمكانية اختبار رسم الرجل في التمييز بين الأسوياء والمتأخرين عقليا، كما انتهت دراسة خليل ١٩٩٢ إلى التمييز به بين أطفال يعنون من اضطرابات انفعالية واضطرابات في الانتباه (٢٣ طفلاً) وبين مقابلهم من الأسوياء .(as cited in in: Abdel-Hamid, 1998)

٢- اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص :.H. T. P وقد أعده جون باك J. Buckعام ١٩٤٨، وقام مليكه عام ١٩٥٥ بتقنينه في البيئة العربية (في: مليكه، ١٩٨٢)، وأجرى تعديلات على معاييره وتصحيحه الكمي والكيفي بما يتناسب مع الرسوم الخاصة بالبيئة العربية. وقد طبقه مليكه (مليكه، ١٩٨٦) على عينات من السعودية والكويت وقطر بهدف معرفة مدى تغيّر الاستجابات على الاختبار في المجتمع البدوي.

٣- اختبار رسم الأسرة: (في: الزيادى، ١٩٨٨) وقد وضعه جيسى رايت ومارى ماك انتاير، وقننه الزيادى في البيئة العربية وأجرى بعض الدراسات عليه للتعرف على مدى قدرته في التمييز بين المكتئبين والأسوياء.

(٢) استخدام الفنون في العالم العربي في العلاج:

يوجد قليل من الدراسات العربية التي استخدمت أحد الفنون في العلاج النفسي بوجه عام. ويعتبر تكنيك السيكودراما هو أكثر التكنيكات التي تناولتها الدراسات العربية، وذلك قد يكون أثناء فترة شيوع منحى التحليل النفسي على يد مصطفي زيور -مصر- باعتبار أن السيكودراما تكنيك إسقاطي.

فقد استخدم محمد (١٩٧٤) السيكودراما كأداة يظهر من خلالها علاقة الذات بالموضوع، وذلك على عينة من الفصاميين (فصام بارانويدى، فصام هيبفرينى، كتاتونى، بسيط)، اعتمادا على أن السيكودراما بالنسبة للفصامى تعبيرا تلقائيا لعلاقة المريض بالعالم المحيط به، فأثناء لعب الدور يمكن معرفة الأساليب الدفاعية التى يستخدمها وطبيعة الأنا والنكوص.و قد أجرى محمد أيضا دراسة أخرى (١٩٨٦) وانتهى إلى فعالية استخدام العلاج الجماعى بالسيكودراما لعلاج مرضى الفصام البارانويدى.

وقد حاولت برسوم (١٩٨٤) معرفة أثر اللعب والسيكودراما على سلوك الأطفال اللاتوافقى والتحصيل، وأوضحت النتائج أن اللعب والسيكودراما لهما أثرهما الإيجابي على سلوك التلاميذ نحو التوافق النفسي والاجتماعي.

كما توصل رياض (١٩٩٤) إلى ملاءمة السيكودراما لعلاج مرضى الاضطرابات العصابية (الاكتئاب والقلق).

ويلاحظ أن الدراسات السالفة الذكر عن السيكودراما تم إجرائها في البيئة المصرية. إلا أن عسكر (Asker, 1996) أجرى دراسة بعنوان "فعالية السيكودراما ولعب الدور في علاج مدمني الهيروين من نزلاء المستشفيات" في برنامج العلاج بالسيكودراما بمستشفي الأمل بمنطقة الرياض بالسعودية، حيث شارك ٦٠ مريضا لمدة ستة أشهر في البرنامج العلاجي، وكشفت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جماعة المشاركين وغير المشاركين بالبرنامج العلاجي في تحسّن الحالة الوجدانية والاستبصار والمهارات الاجتماعية، كما ساعد البرنامج على زيادة القدرة على التعبير الانفعالي والتفاعل الاجتماعي وتخفيف مشاعر القلق والاكتئاب ومشاعر الخزي والذنب وأيضا

على قبول ذاتهم مما يسهم في منع الانتكاسة لفترات طويلة، كما تدفعهم إلى الانضمام إلى الأنشطة العلاجية الأخرى.

واستخدم إسماعيل في دراسته (١٩٩٢) المثيرات السمعية (أغاني، موسيقى، قرآن كريم..الخ) آلتي يقرر العميل تفضيلها جماليا وذلك لتقديمها له في جلسات علاجية. وأجريت الدراسة على مجموعتين من المرضى شخصت إحداها سيكياتريا بالقلق والأخرى بالاكتئاب النفسي. وتوصل الباحث إلى فعالية العلاج في خفض شدة القلق والاكتئاب وذلك من خلال انخفاض درجات العملاء على اختبار بك Beck للاكتئاب واختبار آخر للقلق أعده الباحث. ولكن يجب تناول نتائج هذه الدراسة بحذر شديد نظرا لصغر حجم العينة (خمسة مرضى لكل فئة مرضية)، كما أن عرض إجراءات الدراسة لم يكن بالوضوح الذي يمكن من إعادتها أو التحقق من نتائجها مرة أخرى.

وعلى اعتبار أن تمارين "الأيروبك" Aerobics(التدريبات الحركية البدنية الإيقاعية) تشبه تكنيك العلاج بالحركة الراقصة، فيمكن الإشارة إلى دراسة شكري (١٩٩٢) التي انتهت إلى أن تمارين الأيروبك ذات فعالية في تعديل أعراض القلق والاكتئاب والعصابية والعدوانية إلى الوجهة الإيجابية وأيضا خفض الوزن وذلك لعينة مكونة من ٥٦ من الإناث الراشدات البدينات.

وقد أشارت عثمان (Osman, 1998)إلى عدد من الدراسات العربية التي استخدمت الفن كوسيلة للتنفيس الانفعالي Catharsis أو أداة تشخيصية وعلاجية، ومنها دراسة عامر عام ١٩٧٢ التي بحثت رسوم عينة من المرضى النفسيين ووضحت قيمة استخدام الفن كأداة تشخيصية وعلاجية. كما أجرت عثمان عام ١٩٧٢ دراسة عن الوظيفة العلاجية للرسوم وتأثيرها على ثبات الشخصية عبر شرائح تحصيلية وعمرية مختلفة. وبحث كوتيت عام ١٩٧٣ العلاقة بين الرسوم العشوائية لجناح الأحداث بسلوكهم الاجتماعي. بينما هدفت دراسة عامر عام ١٩٧٨ إلى معرفة الألوان الشائعة في رسوم عينة من مرضى الفصام ودلالتها التشخيصية. وبحثت دراسة عبد الرازق ١٩٨٥ تأثير الحرمان الوالدي على رسوم عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين ٩-١٢ سنة.

وقد أجريت عدد من الدراسات المصرية على عينات من المتأخرين عقليا في محاولة لتعديل بعض المظاهر السلوكية لديهم ومنها دراسة نشأت (١٩٩٤) على ٢٥ طفلاً وطفلة من المتأخرين عقلياً لمعرفة مدى تأثير ممارسة الفن التشكيلي (الطباعة على القماش، الورق اللاصق) في تعديل السلوك اللاتوافقي (العنف، السلوك التبريري، السلوك النمطي، الانسحاب، السلوك الاجتماعي غير المناسب، والميل للنشاط الزائد) وقد توصلت الدراسة إلى نتائج إيجابية وقد تأكد ذلك في دراسة عبد الحميد (١٩٩٦) باستخدام الأنشطة الموسيقية والتعبيرية الفنية. وقد أرجعت صادق (١٩٩٤) ذلك إلى أن الفنون – الموسيقي- تسهم في تحرير الأطفال المعوقين من التوتر الانفعالي ووسيلة فعالة للتكامل الاجتماعي والنمو العقلي والانفعالي.

والمحاولة الوحيدة – على حد علم الباحثة – للكتابة عن العلاج بالشعر في الساحة العربية تلك التي قام بها شوشة (١٩٨٢) ورغم خلوها من الطابع السيكولوجي إلا أنه أشار إلى الدراسة التي قام بها فريق العمل في مركز العلاج الشعري بنيويورك والموضح بها متى تم الوعي بقيمة الشعر كقوة معالجة حيث يؤدى بالمرضى النفسيين والعقليين إلى تحقيق التوازن والتوافق والتكيف، كما يساعدهم في أن تكون اضطراباتهم الانفعالية أكثر سهولة في التحمل وينمى العمليات التي تحقق لهم الشفاء. كما أشار أيضا إلى شكل الجلسة العلاجية بالشعر.

يلاحظ مما سبق أن تكنيكات العلاج بالفنون المختلفة تحتاج إلى قدر كبير من البحوث التجريبية المضبوطة في البيئة العربية حتى يمكن الحكم على مدى فعاليتها.

المراجع

١- أبو حطب، فؤاد وآخرون (١٩٧٩). تقنين اختبار رسم الرجل على البيئة السعودية "المنطقة الغربية". السعودية: جامعة أم القرى.

٢- إسماعيل، أحمد السيد (١٩٩٢). إمكانية استخدام التذوق الفني كأسلوب علاجي مع مقارنته بأساليب علاجية أخرى في علاج بعض الاضطرابات النفسية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.

٣- الزيادى، محمود (١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والعلاج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٤- المفتى، مايسة أنور وخضر، عادل كمال (١٩٩٠). عناصر اختبار رسم الرجل وعلاقتها بالعوامل المعرفية والانفعالية. مجلة علم النفس، ٤ (١٦) ٣٨-٥٩.

٥- برسوم، لوسيل لويس (١٩٨٤). استخدام بعض الأساليب الحديثة (اللعب والسيكودراما) في تدريس اللغة الفرنسية وآثارها على التحصيل والتوافق النفسى للأطفال. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٦- رياض، محمد عبد الواحد (١٩٩٤). مدى ملاءمة العلاج السيكودرامى لمرضى الاضطرابات النفسية (العصاب). رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الطب، جامعة الأزهر.

٧- شكري، مايسة محمد (١٩٩٢). ممارسة "الأيروبك" ومدى تعديله لبعض المتغيرات النفسية ووزن الجسم لدى عينة من الراشدات البدينات. دراسات نفسية، ٢ (٤)، ٦١٩-٦٤٥.

٨- شوشة، فاروق (١٩٨٢). العلاج بالشعر..و أوراق أخرى. القاهرة: دار المعارف.

٩- صادق، آمال (١٩٩٤). بحوث ودراسات في سيكولوجية الموسيقى والتربية الموسيقية. القاهرة: الأنجلو المصرية.

١٠- عبد الحميد، محمد إبراهيم (١٩٩٦). العلاقة بين ممارسة بعض الأنشطة الفنية والتعبيرية لتنمية التوافق النفسي والاجتماعي لدى المتخلفين عقلياً. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.

١١- محمد، حسين عبد القادر (١٩٧٤). الفصام: بحث في علاقة الذات بالموضوع كما تظهر في السيكودراما. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

١٢- محمد، حسين عبد القادر (١٩٨٦). العلاج الجماعي والسيكودراما: دراسة في الجماعات العلاجية لمرضى فصام البارانويا. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

١٣- مليكه، لويس كامل (١٩٧٧). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية. الجزء الأول. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٤- مليكه، لويس كامل (١٩٨٢). دراسة الشخصية عن طريق الرسم. القاهرة: النهضة العربية، ط٤.

١٥- مليكه، لويس كامل (١٩٨٩) سيكولوجية الجماعات والقيادة. الجزء الثاني. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٦- نشأت، حنان حسن (١٩٩٤). أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديا بعض المظاهر السلوكية لعينة من مرضى التخلف العقلي: دراسة تجريبية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

17- Abdel-
& U. P. Gielen (Eds.), *Psychology in the Arab Countries* (pp. 97-113). Egypt: Menoufia University Press.

18- Aldridge, D.; Brandt, G. & Wohler, D. (1990). Toward a common language among the creative art therapies. *Arts in Psychotherapy*, 17 (3), 189-195.

19- Amari, D. A. (1986). The use of clay to form potential space with a bulimic patient. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 7, 13-21.

20- Asker, Abdalla (1996). The effectiveness of psychodrama and role play for treatment of inpatients with herion addiction. *Paper presented at the First International Conference on Drug Abuse*, Cairo, Egypt.

21- Ba, G. & Facco, F. (1989).

pensee primair et secandaire. *Psycholodie Medicale*, 21 (1), 88-90 (English abstract).

22- Bjorno, L.; Lyngso, V. & Nielsen, B. (1990). Tegneterapi med born. *Skolepsykologi*, 27 (4), 269-275 (English abstract).

23- Bolea, A. S. (1986). Treating loneliness in children. *Psychotherapy Patient*, 2 (3), 15-27.

24- Borchers, K.K. (1985). Do goins made in group art therapy persist ? A study with aftercare patients. *American Journal of Art Therapy*, 23 (3), 89-91.

25- Bowen, C. A. & Rosal, M. L. (1989). The use of art therpy to reduce the maladaptive behaviors of mentally retared adult. *Arts in Psychotherapy*, 16 (3), 211-218.

26- Branch, J. (1992). Depression and feminine personality development. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 13, 9-15 (English abstract).

27- Brotons, M. & Pickett-Cooper, P. K. (1996). The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimers disease patients. *Journal of Music Therapy*, 33 (1), 2-18.

28- Bullock, C. C. (1998). The leisure ability model: Implications for the researcher. *Therapeutic Recreation Journal*, 32 (2), 97-102 (English abstract).

29- Cagnoletta, M. D. (1983). Art work as a representation of object relations in the therapeutic process. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 4, 46-52 (English abstract).

30- Cohen, B. M. (1983). Combined art and movement therapy group: Isomorphic responses. *Arts in Psychotherapy*, 10 (4), 229-232.

31- Cohen, S. & Cohen, L. S. (1989). Art therapy and writing with deaf children. *Journal of Independent Social Work*, 4 (2), 21-46.

32- Cohn, R. (1984). Resolving issues of sepsrstion through art. *Arts in Psychotherapy*, 11 (1), 29-35.

33- Conroy, R. M.; McDonnell, M. & Swinne, J. (1986). Process - centered art therapy in anorexia nervosa. *British Journal of Occupational Therapy*, 49 (10), 322-323 (English abstract).

34- Cotton, M. A. (1985). Creative art expression from a leukemic child. *Art Therapy*, 2 (2), 55-65.

35- Couch, J. (1994). Diagnostic Drawing Series: Research with older people diagnosed with organic mental syndromes and disorders. *Art Therapy*, 11 (2), 111-115.

36- Cox, K. L. & Price, K. (1990). Breaking through: Incident drawings with adolescent substance abusers. *Arts in Psychotherapy*, 17 (4), 333-337.

37- Cubelli, R. (1995). More on drawing in aphasia therapy. *Aphasiology*, 9(1), 78-83.

38- Dallin, B. (1986). Art break: A 2 day expressive therapy

program using art and psychodrama to futher the termination process. *Arts in Psychotherapy*, 13 (2), 137-142.

39- David, I. R. & Sageman, S. (1987). Psychological aspects of AIDS as seen in art therapy. *American Journal of Art Therapy*, 26 (1), 3-10.

40- Dolci, M. & Prodi, M. P. (1983). Costruire 11 burattino. *Rivista Spermentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali*, 107 (1), 316-324. (English abstract).

41- Elkinson-Griff, A. (1995). Let me wipe my tears so I can help with yours. *Art Therapy*, 12 (1). 67-69.

42- Ferrara, N. (1992). Adolescent narcissism and ego regression: An art therapy case illustration. *Journal of Child and Youth Care*, 7 (1), 49-56 (English abstract).

43- Fryear, J. L. & Stephens, B. C. (1988). Group psychotherapy using masks and vidio to facilitate intrapersonal communication. *Arts in Psychotherapy*, 15 (3), 227-234.

44- Glater, S. I. (1999). Music as therapy. *Sanctuary Psychiatric*

45-

visual appearance of objects. *Aphasiology*, 9 (1), 50-56 (English abstract).

46- Grayson, D. (1995). The bridge of hope: The use of the creative arts therapies in group treatment for people with AIDS and HIV infection. *Journal of Poetry Therapy*, 8 (3), 123-133 (English abstract).

47- Green, B. L.; Wehling, C. & Talsky, G. J. (1987). Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients.

Hospital and Community Psychiatry, 38 (9), 988-991 (English abstract).

48- Hammer, S. E. (1996). The effects of guided imagery through music on state and trait anxiety. *Journal of Music Therapy,* 33 (1), 47-70.

49-

hospital. *Art Therapy*, 12 (2), 111-117.

50- Hargrave-Nykaza, K. (1994). An application of art therapy to the trauma of rape. *Art Therapy*, 11 (1), 53-57.

51- Harlan, J. E. (1990). The use of art therapy for older adults with developmental disabilities. *Activities, Adaptation and Aging*, 15 (1-2), 67-79 (English abstract).

52- Harlan, J. E. (1993). The therapetic value of art for persons *Loss Grief and Care*, 6 (4), 99-106 (English abstract).

53- Harvey, S. (1989). Creative arts therapies in the classroom: A study emotional, and motivational changes. *American Journal of Dance Therapy*, 11 (2), 85-100.

54- Henley, D. (1986). Emotional handicaps in law-functioning children: Art educational / art therapeutic interventions. *Arts in Psychotherapy*, 13 (1), 35-44.

55- Henley, D. (1987). An art therapy program for hearing-impaired children with special needs. *American Journal of Art Therapy*, 25 (3), 81-89.

56- Horovitz-Darby, E. G. (1991). Family art therapy within a deaf system. *Arts in Psychotherapy*, 18 (3), 251-261.

57- Horovitz-Darby, E. G. (1992). Reflections: Countertranference implications in treatment and post treatment. *Arts in Psychotherapy,* 19 (5), 379-389.

58- Johnson, C.; Lahey, P. & Shore, A. (1992). An exploration of creative arts therapeutic
Arts in Psychotherapy, 19 (4), 269-277.

59- Johnson, D. R. (1987). The role of the creative arts theraies in the diagnosis and treatment of psychological trauma. *Arts in Psychotherapy,* 14 (1), 7-13.

60- Kaplan, F. F. (1983). Drawing together: Therapeutic use of the wish to merge. *American Journal of Art Therapy*, 22 (3), 79-85.

61- Kaslow, N. J. & Eicher, V. W. (1988). Bady image therapy: A combined creative arts therapy and verbal psychotherapy approach. *Arts in Psychotherapy*, 15 (3), 177-188.

62- Klorer, P. G. (1992). Leaping beyond traditional boundaries: Art therapy and a wilderness stress challenge program for adolescents. *Arts in Psychotherapy*, 19 (4), 285-287.

63- Koppelman, R. (1984). Hand puppetry with a chronic psychiatric population. *Arts in Psychotherapy*, 11 (4), 283-288.

64- Lester, D. & Terry, R. (1992). The use of poetry therapy: Lessons from the life of Anne Sexton. *Arts in Psychotherapy*, 19 (1), 47-52.

65- Longo, P. (1999). Poetry as therapy. *Sanctuary Psychiatric*

66- Luzzatto, P. (1994). Anorexia nervosa and art therapy: The double trap of the anorexic patient. *The Art in Psyckotherapy,* 21, 139-143.

67- Lyon, J. G. (1995). Drawing: Its value as a communication aid for adults with aphasia. *Aphasiology*, 9 (1), 33-50 (English abstract).

68-

Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali, 107 (1), 358-362. (English abstract).

69- McIntyre, B. B. (1990). Art therapy with bereaved youth. *Journal of Palliative Care*, 6 (1), 16-25 (English abstract).

70- Milford, S. A.; Fryrear , J. L. & Swank, P. (1983). Phototherapy with disadvantaged boys. *Arts in Psychotherapy*, 10 (4), 221-228.

71- Miller, M. G. (1986). Art a creative teaching tool. *Academic Therapy*, 22 (1), 53-56 (English abstract).

72- Mills, A. (1985). Art therapy on a residential treatment team for troubled children. *Journal of Child Care,* 2 (4), 61-71.

73- Mills, A. (1991). Art therapy on a residential treatment team for troubled children. *Journal of Child and Youth Care*, 6 (4), 49-59 (English abstract).

74- Minhan, L. S. & Grewal, S. (1993). Effect of classical music on state-trait anxiety, agression, and creativity. *Paper presented at Stress and Research Sociaty 14th International Conference.* April 5-7, 1993, Cairo, Egypt.

75- Mitchell, P. (1984). The role of regression in the treatment of depression with an intact ego. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 5, 17-21 (English abstract).

76- Moore, R. W. (1983). Art therapy with substance abusers: A review of the literature. *Arts in Psychotherapy,* 10 (4), 251-260.

77- Murohashi, H. & Hirokaw, K. (1994). A case study of the picture drawing activities of a child with severe mental retardation. *Japanese Journal of Special Education*, 31 (5), 23-29 (English abstract).

78- Naitove, C. E. (1983). Where ignorance prevais: An arts *Arts in Psychotherapy*, 10 (3), 141-149.

79- Nardi, B.; Rabboni, R.; Russi, P.; Mariani, L. (1994). Studio etologico dei comportamenti non verbali in pazienti oligofrenici riebilitati mediante art-therapy. *Rivista di Psichiatia*, 29 (3), 153-156 (English abstract).

80- Ohio, U. A. (1986). An expressive arts model for substance absuse group training and treatment. *Arts in Psychotherapy*, 13 (1), 53-59.

81- Olive, J. S. (1991). Development of group interpersonal skills through art therapy. *Maladjustment and therapeutic Education*, 9 (3), 174-180 (English abstract).

82- Osman, A. H. (1998). Psychology of art. In: R. A. Ahmed & U. P. Gielen (Eds.), *Psychology in the Arab Countries*. (pp. 201-223). Egypt: Menoufia University Press.

83- Paris, S. (1987). Feelings loss in a geriatic patient. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 8, 52-62 (English abstract).

84- Philippoulos, G. S. & Lucas, X. (1983). Dynamics in art group psychotherapy with psychosomatic patients. *Psychtherapy and Psychosomatics*, 40 (1-4), 74-80. (English abstract).

85- a mataphor of self with stabilized schizophrenic patients. *Arts in Psychotherapy*, 13 (1), 9-16.

86- Piccirillo, E. (1995). Taking inventory in the age og AIDS. *Art Therapy,* 12 (1), 62-66.

87- Polkow, L. & Volpe, B. T. (1985). The next phase in head injury rehabilitation: Reentry. *Cognitive Rehabilitation,* 3 (2), 20-23.

88- Potocek, J. & Wilder, V. N. (1989). Art / movement psychotherapy in the treatment of the chemically dependent patient. *Arts in Psychotherapy*, 16 (2), 99-103.

89- Potocky, M. (1993). An art therapy group for clients with chronic schizophrenia> *Social Work With Groups*, 16 (3), 73-82 (English abstract).

90- Prodi, M. P. & Dolci, M. (1983). Comunicare attraverso il burattino. *Rivista Sperimentale di Frenlatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali,* 107 (1), 325-328 (English abstract).

91- Rachman, S. J. & Wilson, G. T. (1980). *The Effects of Psychological Therapy*. New York: Pergamon Press.

92- Rao, P. R. (1995). Drawing conclusion on the efficacy of rsons with severe aphasia. *Aphasiology*, 9 (1), 59-62 (English abstract).

93- Rehavia-Hanauer, D. (2003). Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 137-149.

94- Richert, G. & Bergland C. (1992). Treatment choices: Rehabilitation services used by patients with multiple personality disorder. *American Journal of Occupational*

Therapy, 46 (7), 634-638 (English abstract).

95- Romero, E. F.; Hurwitz, A. J. & Carranza, V. (1983) Dance therapy on a therapeutic community for schizophrenic patients. *Arts in Psychotherapy*, 10 (2), 85-92.

96- Rosner, I. (1982). Art thery with two quadirplegic patients. *American Journal of Art Therapy,* 21 (4), 115-120.

97- Rudloff, L. (1985). Michael: An illustrated study of young man with cancer. *American Journal of Art Therapy*, 24 (2), 49-62.

98- Schaverien, J. (1994). The picture as transactional object in treatment of anorexia. *British Journal of Psychotherapy*, 11, 1.

99- Segal, R. (1990). Helping older mentally retarded persons expand their socialization skills through the use of expressive therapies. *Activities, Adaptation and Aging,* 15 (1-2), 99-109 (English abstract).

100- Simon, R. (1981). Bereavement art. *American Journal of Art Therapy,* 20 (4), 135-143.

101- Simon, R. M. (1985). Graphic style and therapeutic change in geriatric patients. *American Journal of Art Therapy*, 24 (1), 3-9.

102- Spring, D. (1985). Symbolic language of sexually abused, chemically dependent women. *American Journal of Art Therapy*, 24 (1), 13-21.

103- Springer, J. F.; Phillips, J. I.; Phillips, L. & Cannady, L. P. (1992). A creative therapy program for children in families affected by abuse of alchoho or other drugs. *Journal of Community Psychology*, 55-74 (English abstract).

104- Stanley, P. D. & Miller, M. M. (1993). Short-term art therpy with an adolescent male. *Arts in Psychotherapy*, 20 (5), 397-402.

105- Steinhardt, L. (1985). Freedom within boundaries: Body outline drawing in art therapy with bchildren. *Arts in Psychotherapy*, 12 (1), 25-34.

106- Theorell, T.; Konarski, K.; Westerlund, H. & Burell, A. (1998). Treatment of patients with chronic somatic symptoms by means of art psychotherapy: A process description. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67 (1), 50-56 (English abstract).

107- Toscani, F. (1998). Sandrama: Psychodramatic sandtray with a trauma survivor. *Arts in Psychotherapy*, 25 (1), 21-29.

108- Virshup, P. (1985). Group art therapy in methadone clinic lobby. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2 (3), 153-158.

109- Weinberg, D. J. (1985). The potential of rehabilitative computer art therapy for the quadriplegie, cerebral vascular accident and brain trauma patient. *Art Therapy*, 2 (2), 66-72.

110- Weniger, D. (1995). Drawings the message across: A successful approach to the improvement of communicative interactions in aphasia?. *Aphasiology*, 9 (1), 63-68 (English abstract).

111- Wolf, V. B. (1993). Group therapy of young latency age sexually abused girls. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 3 (1), 25-39 (English abstract).

112- Zambelli, G. C.; Clark, E. J. & de-Jong-Hodgson, A. (1994). The constructive use of ghost imagery in chilhood grief. *Arts in Psychotherapy*, 21 (1), 17-24.

الفصل الثامن

العلاج السلوكي: التعريف، لمحة تاريخية

تعريف العلاج السلوكي:-

يعرف العلاج السلوكي قاموسياً بأنه نوع من العلاج النفسي يحاول استبعاد وتعديل السلوك المُشكل عن طريق استخدام التشريط التقليدي والإجرائي. ويستخدم لعلاج أعراض العصاب والتي تعرف في هذا السياق بأنها أية عادة مكتسبة بالتعلم لسلوك غير تكيفي، فهي إما استجابات ذاتية شرطية غير تكيفيه مع فاعليات عضلية وهيكلية، لكن بعضها يمثل فشلا في تعلم الاستجابات المتكيفة. ويلجأ العلاج السلوكي بأساليبه المختلفة (التي ستعرض في الفصول التالية) لعلاج تلك السلوكيات (دسوقي، ١٩٨٨).

وهذا يعني تأكيده على مسلمة رئيسية وهي أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم المحيط به وتفاعلات هذا العالم أيضاً به واستجابات الآخرين له، وتدخل الاضطرابات أو الأمراض والطريقة الشاذة في الاستجابة للبيئة ضمن ما يتعلمه الفرد أيضاً، وهذا يتم بطريقة تدريجية الي أن تصبح عادة سلوكية وأسلوب حياة غير سوي، أو غير تكيفي. (إبراهيم، ١٩٩٤).

يلاحظ من التعريف السابق بأنه اقتصر العلاج على أمراض العصاب فقط وهذا يعتبر قصوراً في التعريف نظراً لأن العلاج السلوكي يتناول بالعلاج أيضاً الاضطرابات الذهانية كما سيتضح في الأساليب العلاجية المختلفة. كما أشار أيضاً التعريف على استخدام أساليب التشريط كأسس علاجية، إلا أنه سيلاحظ أيضاً الاستفادة من نظريات أخري غير التعلم في العلاج السلوكي، خاصة المعرفي منه.

ويمكن القول بأن العلاج السلوكي هو تطبيق لجميع المعلومات التي تم اكتسابها من جميع فروع علم النفس وذلك في ميدان علاج الاضطرابات النفسية المختلفة والوقاية منها. (سويف،، ١٩٨٧). ويتضح أن هذا التعريف يعطي مدى

أوسع للمجالات التي يستفيد منها كما يوسع من الاستفادة منه في الجانب الوقائي أيضا.

ولكن هل العلاج السلوكي Behavior Therapy هو نفسه ما يسمى بتعديل السلوك Behavior Modification ؟. محاولة الإجابة على هذا التساؤل تتضح من خلال وجهة نظر آلان جولدستين A. Goldstein، حيث يقصر استخدام مصطلح "تعديل السلوك" على تطبيقات نموذج سكنر الذي يهتم بتغيير السلوك الظاهري عن طريق التدعيم الاشراطي بينما مصطلح "العلاج السلوكي" يشير إلى تطبيق نموذج بافلوف، إلا أن مكيولاس W. Mikulas أشار إلى أن مصطلح "تعديل السلوك " أكثر شمولاً حيث يطبق من خلاله الأسس التي ثبت فعاليتها تجريبياً على المشكلات السلوكية وحين تستخدم هذه الأسس في المواقف الإكلينيكية يصطلح عليه علاجاً سلوكيا. وهذا يشير الي أن "تعديل السلوك" يعني تعلم محدد البنيان يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكاً جديداً وتقل الاستجابات غير المرغوبة كما تزداد دافعيه الفرد للتغيير نحو السلوك التكيفي المرغوب. (مليكه، ١٩٩٠).

الخصائص المميزة للعلاج السلوكي عن أساليب العلاج النفسي التقليدية:

ويتسم العلاج السلوكي بعدد من الخصائص تميزه علي أساليب العلاج النفسي التقليدية (التحليل النفسي، المتمركز حول العميل، الجشتالتي... الخ)، والتي يمكن أن تتلخص فيما يلي:-

يتألف العلاج السلوكي من مجموعة من الأساليب العلاجية النوعية، والتي يستخدم منها ما يتناسب مع طبيعة الأعراض المرضية المطلوب التدّخل العلاجي لها، وهذا يعني اختلاف الأسلوب العلاجي باختلاف الأعراض المرضية. ويلاحظ أن هذه الخاصية تختلف عن أساليب العلاج التقليدية، فعلى سبيل المثال يستخدم في العلاج بالتحليل النفسي التداعي الحر وتفسير الأحلام الخ مع جميع الأمراض النفسية (انظر العلاج بالتحليل النفسي)، وكذلك يفترض العلاج

المتمركز حول العميل عدد من المسلمات ويطبقها على جميع الحالات المرضية رغم اختلافها.

كما يمكن أن يستخدم توليفة من تكنيكات العلاج السلوكي لتتناسب مع الأعراض المرضية. فقد استخدم هايمان مونيكس وزملائه (Heymann-M nnikes, et al, 2000) تكنيكات الاسترخاء العضلي المتدرج، التدريب على استرتيجيات المجابهة المعرفية cognitive coping strategies، حل المشكلة problem-solving، التدريب على التوكيدية وذلك مع ٢٤ مريضا، يعانون من زملة تهيج الأمعاء irritable bowel syndrome وتم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين، الأولى تعرضت لأساليب العلاج السلوكي السابقة الذكر بالإضافة إلى العلاج الطبي، والمجموعة الثانية تعرضت للعلاج الطبي فقط. وقد توصلت الدراسة إلى تحسّن الأعراض لدى المجموعة الأولى مقارنة بالمجموعة الثانية وأيضا بمقارنتها بتقييمات الأعراض قبل التدّخل العلاجي. وهذا يوضح أنه يفضل التوليف بين العلاج الطبي ومكونات متعددة من العلاج السلوكي إذا لزم الأمر حيث أن ذلك قد يعطي علاجاً أفضل.

لا يوجد في العلاج السلوكي فروقاً بين المرض وأعراضه، فالمرض هو مجموعة من الأعراض syndromesأو زملات من الأعراض symptoms. حيث أن النظرية السلوكية تري أن الأعراض هي الأمراض في كونها استجابة شرطية انفعالية أو ردود فعل لتلك الاستجابات المشروطة، وبالتالي يكون العلاج من المرض فعالاً إن أمكن التخلص من العرض. وذلك يتضح من النهج الفكري الذي يتسم به المعالجين السلوكيين والمتضمن العناصر التالية:-

ينظرون إلى المرض النفسي بصفته سلوكاً غير سوي، ويكتسب من خلال عمليات تعلم خاطئة.

ب) ينظرون إلى الأعراض المرضية على أنها هي الهدف العلاجي وأن إزالتها يعنى الشفاء من المرض، وتعتبر وجهة النظر هذه على عكس وجهة نظر التحليليين في أن الأعراض المرضية تخفي وراءها اضطرابات عميقة بالشخصية.

ج) البحث عن تفسيرات الاضطرابات في إطار الصراعات في مراحل الطفولة أو الغرائز ليس من المهم، حيث أن ذلك لا يفيد ويجب ألا يؤثر في محاولات تعديل السلوك.

د) يهتم المعالج السلوكي بتحديد الظروف وأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة والتي قد ترتبط بالاضطرابات أو الأعراض المرضية المطلوب تعديلها، بينما المعالج التحليلي يهتم بالتاريخ المرضي.

هـ) ليس دور المعالج السلوكي تحديد أو تشخيص المرض فقط كما يرى المنهج الفرو يدي ولكن دوره أيضاً مساعدة المريض على تحديد السلوكيات السوية الذي يلزم عليه التوجه إليه، ووضع الخطة العلاجية وتنفيذها.

يقتضي العلاج السلوكي تحديد المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه العميل إلى عدد من المكونات البسيطة، ثم يتم تناول كل مكون كهدف لإجراءات علاجية معينة، فعلى سبيل المثال قد يشكو العميل من اللجلجة، إلا انه بتحليل هذا الاضطراب قد يتكون من شقين الأول هو اللجلجة في حد ذاتها والثاني هو خوف العميل من المواقف الاجتماعية، لذا يجب أن يعالج كل مكون على حده.

يتميز العلاج السلوكي بوجود علاقة مباشرة بين تطبيقاته العيادية وبين نتائج البحوث الميدانية أو المعملية، وليس كعلاج التحليل النفسي الذي أسس من خلال المشكلات العيادية.

يعتمد منهج العلاج السلوكي على ما توصل إليه من القوانين المنظمة للسلوك السوي ليفسر بها السلوك غير السوي، وهذا عكس التحليل النفسي لفرو يد.

تعتمد عملية العلاج السلوكي على استثارة جوانب أو ظواهر سلوكية معينة وإجراء تدريبات لها تأثيرات محددة، وليس على الكلام كما في أساليب العلاج التقليدي.

يستلزم العلاج السلوكي توضيح الشروط الخاصة بالعلاج والتقييم الموضوعي لنتائجه، وهذا يعني التأكيد على القياس وأن العلاج بمثابة تجربة

فردية (ن = ١) وهذا يعني أن تقييم العلاج يكون كمياً وإكلينيكي وليس كيفياً فقط كما يحدث في العلاج التقليدي.

٩- تركز أساليب العلاج السلوكي على السلوك الحاضر، فلا يهتم المعالج إلا بمعرفة خبرات التعلم السيئة السابقة فقط. (سويف، ١٩٨٧؛ مليكه، ١٩٩٠ وإبراهيم، ١٩٩٤) (O Leary & Wilson, 1975).

ويعتبر السلوك مشكلا أو غير سوي من وجهة نظر السلوكيين تبعاً لثلاث اعتبارات كما يلي:-

العجز أو الفشل في أداء السلوك:- ومن أمثلة ذلك (أ) الطفل السوي (عضوياً) الذي لا يستطيع نطق الحروف بوضوح، وبقية القطاعات السلوكية له سوية (كسلوك الأكل واللعب الخ) أو عدم التحكم الذاتي (عدم قدرة الراشد على التوقف لإشارة المرور)؛

الإفراط في أداء السلوك:- كمشاهدة التليفزيون بطريقة مفرطة أو الشره في تناول الطعام قد يكون مؤشراً لعدم الاتزان الانفعالي، وكذلك التزيّد في السلوك كما يحدث في الطقوس القهرية.

السلوك غير المتناسب:- مثالا لذلك أن يضع الطفل اللعب الخاصة به في النفايات، أو عندما يضحك الراشد أثناء موقف يتسم بالحزن الخ. (Martin & Pear , 1978).

لمحة تاريخية عن العلاج السلوكي:

بدأ العلاج السلوكي في الظهور بشكل واضح ومعرفة منظمة في أواخر الخمسينات من القرن العشرين، واتسعت المعرفة به كنموذج بديل للعلاج ولعلم أسباب الأمراض عن المنحى السيكوديناميي السائد في الستينات. (O Leary & Wilson, 1975)إلا أنه كأي معرفة منظمة لها أصولها التاريخية والتي يمكن عرضها في الفقرات التالية.

يساعد عرض تأريخ العلاج السلوكي إلى ما يأتي:-

تعميق بعض المفاهيم الخاصة بالعلاج السلوكي.

فهم التيارات العلمية التي أثرت في تكوين العلاج السلوكي وخاصة تلك التي لا تبدأ في نفس البداية الرسمية له ولكن التي تعتبر اجتهادات فردية لبعض العلماء.

ويمكن عرض تاريخ العلاج السلوكي من خلال ثلاثة محاور هي:

المحور الأول:- الأعمال العلمية التي ساهمت في تشكيل العلاج السلوكي.

المحور الثاني:- البدايات المبكرة للعلاج السلوكي.

المحور الثالث:- الأصول الحديثة للعلاج السلوكي. وتفصيلا كما يلي:-

المحور الأول: الأعمال العلمية التي ساهمت في تشكيل العلاج السلوكي:-

أعمال بافلوف I. Pavlov (١٨٤٩-١٩٣٦): تعتبر التجارب العلمية الأولى التي أجراها بافلوف في العقد الثاني من القرن العشرين هي أول معالجة علمية لدور التعلم الاشراطي في المشكلات السلوكية. وهدف منهج بافلوف في إحدى تجاربه إلى تعريض الكائن الحي (الكلب) إلى صراع بين ما أسماه طاقة الإثارة exciting potation وطاقة الكف inhabitation potation وذلك بتعّرض الحيوان لصعوبة التمييز بين مدركات تحت شروط معينة، وذلك لإحداث "عصاب تجريبي" وهذا ما يتضح في سوء التوافق في سلوك حيوانات التجارب. وقد لاحظ بافلوف أن الحيوانات لا تستجيب كلها بصورة مشابهة لهذا الصراع ومن ثم أرجع ذلك الى الطبيعة التكوينية للجهاز العصبي ومدى درجة استجابته وتحمله للمعاناة أو الصراع. كما انتهى بافلوف من تجاربه إلى أهمية عدم تدعيم الاستجابة المتعلمة الذي يؤدي إلى انطفائها، وإلى أن التعميم قد يؤدى إلى سلوكيات مرضية (مثل تعميم الخوف من موقف ما إلى مواقف مماثلة) والتي يمكن إزالتها بعمل تعلم اشرطي مضاد.

أعمال واطسون J. B. Watson (١٨٧٨- ١٩٥٨):- تعتبر ترجمة أعمال بافلوف إلى الإنجليزية كان لها تأثيراً مباشراً على استخدام المنهج السلوكي بدراسات علم النفس في الولايات الأمريكية بصفة عامة. فأصدر واطسون كتابه "علم النفس من وجهه نظر سلوكي" عام ١٩١٩، ثم أجرى مع راينر Watson & Rayner عام ١٩٢٠ تجربتهما الشهيرة على الطفل ألبرت (عمره إحدى عشر شهراً وثلاثة أيام) وذلك باستخدام نموذج بافلوف في إحداث الصراع بين الإثارة والكف، ومن ثم تكوين عصاب تجريبي لدى الطفل والذي تمثل في استجابة الخوف من خلال عملية تعلم اشراطي بين صوت مرتفع مزعج وبين فأر أبيض (لم يظهر الطفل خوفاً منه قبل الإجراء التجريبي)، وقد نجحت الدراسة في تكوين استجابات الخوف لدى الطفل والتي عممت على كل الموضوعات الشبيهة بالفأر مثل أرنب أبيض، قطن منفوش الخ

أعمال سكنر B. F. Skinner: أكد سكنر وأتباعه على أن السلوك الإرادي والذي يتحكم به الجهاز العصبي يتأثر بالبيئة المحيطة بالكائن في كونها مدعمة أي تدعم السلوك تدعيماً إيجابيا ومن ثم يتكرر إصدار السلوك، أو تكون بيئة غير مدعمة أو مؤلمة ومن ثم يحاول الكائن تجنب إصدار السلوك الذي له عواقب مؤلمة. وانتهى سكنر إلى أهمية التدعيم فكلما زاد معدله زاد تواتر حدوث الاستجابة. وقد شكلت هذه النتائج بعض التكنيكات العلاجية في الموقف الإكلينيكي.

المحور الثاني: البدايات المبكرة للعلاج السلوكي:-

قد توازت بعض هذه البدايات المبكرة للعلاج السلوكي زمنياً مع الأعمال المعروضة في المحور الأول، إلا أنه فضل فصلها نظراً لأنها تعتبر محاولات علاجية صريحة.

أعمال ماري كوفر جونز M. K. Johns : تعتبر أفكار واطسون وراينر السابق ذكرها كانت بمثابة قوة الدفع الرئيسية في محاولتها إستئصال المخاوف المرضية بإعادة الإشراط أو الإشراط المضاد وذلك بعمل ارتباط شرطي بين الموضوع المثير لاستجابات الخوف وبين موضوع سار، وقد نشرت كتابها

"The elimination of children fears" عام ١٩٢٤ والتي عرضت به تجربتها لعلاج الطفل "بيتر" الذي كان يعاني من الخوف من الأرانب، وتكمن أهميه دراسة ماري كوفر جونز في أنها أجريت علي طفل يعاني من عصاب غير تجريبي. وقد استخدمت تكنيك التقريبات المتتابعة successive approximation والذي يتضمن وجود المثير المخيف على أبعد مسافة ممكنة (المسافة التي تثير أقل مستوى من الخوف) مع وجود مثير مريح أو مشبع للطفل (على سبيل المثال الطعام أو الحلوى)، ومع التكرار وتقريب مسافات المثير المخيف تدريجياً تم التخلص من الخوف.

ابتكر بيخترف Bekhterevعام ١٩٢٣ وكونتروفيتش Kantorovichعام ١٩٣٠ في روسيا تكنيكات تشريطية لعلاج الانحرافات الجنسية sexual perversions وتعاطي الكحوليات.

ابتكر دونلاب Dunlap عام ١٩٣٢ طرقاً لكسر العادات غير السوية (المرضية) مثل اللجلجة، كما حاول تطبيق معلومات علم النفس العام في علاج حالة مرضية تعاني من عادة قضم الأظافر وذلك من خلال تكرار القضم الإرادي وهو ما أسماه بالتعلم السلبي.

تجارب ماورار وماورار Mowrer & Mowrer عام ١٩٣٨ كتطبيقات مبكرة للاشراط الكلاسيكي في علاج مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال.

المحور الثالث: الأصول الحديثة للعلاج السلوكي:-

من أهم الأحداث التي أدت إلى إنماء وتطور العلاج السلوكي الكتاب الذي نشره ولبه J. Wolpe بعنوان "العلاج النفسي بالكف المتبادل" Psychotherapy by reciprocal inhibition"، والذي يعتبر الآن النص الكلاسيكي لتكنيكات علاجية مختلفة معتمدة على أسس التشريط التي صاغها بافلوف وهلّ .Hull فقد أجرى ولبه تجاربه في الأربعينيات من القرن العشرين بإحداث عصاب تجريبي لحيوان "قط" بأسلوب الإشراط البافلوفي ثم حاول بعد ذلك إزالة هذا التشريط بأسلوب التقريبات المتدرجة. وقد استخدم ولبه مصطلح "العلاج السلوكي" "behavior therapy (أول مَن استخدم هذا المصطلح لنسلي، سكنر وسولومون

(Lindsley, Skinner & Solomon للإشارة الى التطبيق الموضوعي للتكنيكات العلاجية المبتكرة معملياً لعلاج مرضى العصاب. وقد استخلص ولبه صياغته عن كيفية تخلص الحيوان من العصاب التجريبي والتي أطلق عليها "التسكين المنظم" systematic desensitization وهي" إذا أمكن دفع الحيوان في حضور المنبه المؤذي لأن يصدر استجابات مضادة للاستجابة التي تصدر عادة رداً على هذا المنبه المؤذي وكررنا تدريب الحيوان في هذا الاتجاه، استطعنا إلى إطفاء الارتباط الشرطي الذي كان قائماً شيئاً فشيئاً بين ذلك المنبه وبين استجابات الخوف والألم". وجوهر هذه الصياغة هو تمكين الكائن الحي في تكوين استجابة مضادة للمعتادة على المنبه المؤذي ومن هنا بدأ معرفة مفهوم الكف المتبادل.

تزايد النقد العنيف من خلال الأسس الميدانية والإمبريقية علي العلاج النفسي بصوره المختلفة، وقد طرح التساؤل التالي: إلى أي مدى تفيد أساليب العلاج النفسي التقليدية؟. ومن أهم المقالات التي نشرت في هذا الصدد مقالة أيزنك H. J. Eysenck والمعنونة The effective of psychotherapy: The evaluation والمنشورة عام ١٩٥٢. وتتلخص هذه المقالة في إلزامية التقييم العملي الواقعي لأثر العلاج النفسي وعدم إعطاء الثقة لهذه الأساليب العلاجية بطريقة عمياء ولا تكون الصعوبات المنهجية مبرراً لعدم إجراء هذا التقييم. كما يقرر أيزنك بأهمية وضع نسب الشفاء التلقائي في الاعتبار عند تقييم الأساليب العلاجية وتحديد مدى جدواها في العلاج.

كما انتقد سكنر بشدة العلاج النفسي التحليلي باعتباره يعتمد على أسس غير علمية وينقصه أي برهان لكفاءته.

تطبيقات علاجية لأسس التشريط الإجرائي والتي قام بها كل من لندسلي، سكنر وسولومون عام ١٩٥٣ لعلاج بعض أعراض مرضى ذهانيين، وقد قدم كتاب أولمان وكراسنر Ullmann & Krasner المعنون "دراسات حالة في تعديل السلوك" والذي نشر عام ١٩٦٥ التفسيرات المتناقضة للنماذج الطبية والسيكولوجية للعلاج، كما أوضح أسس التعلم التي يمكن استخدامها في تعديل

المشكلات الإكلينيكية مثل: فقدان الشهية العصبي، العمى الهستيري، التأخر الأكاديمي... الخ.

ولمعرفة المزيد من التفاصيل عن المحاور التاريخية السابقة يمكن الرجوع إلى (ولبه، ١٩٨٥؛ سويف، ١٩٨٧؛ مليكه، ١٩٩٠) (Eysenck, 1952; O Leary & Wilson, 1975 and Rachman & Wilson 1980).

ورغم وجود عدد من أساليب العلاج السلوكي وتعديل السلوك سيستخدم مصطلحي العلاج والتعديل السلوكي كمصطلحين مترادفين فقد قدم العلماء بعض النقاط المشتركة بين هذه الأساليب والتي يمكن إجمالها فيما يلي:-

تطبق أساليب العلاج السلوكي في قطاعات حياتية كثيرة مقارنة بالأساليب التقليدية وذلك لافتراضها أن السلوك السوي أو غير السوي هو نتاج عملية تعلم ومن ثم يمكن تعديله باستخدام أسس التعلم إذا توفرت الظروف لذلك ويتم اختيار الأسلوب العلاجي الأمثل لبيئة العميل والذي يؤدي إلى إعادة تنظيم بنيته العقلية والوجدانية وتدريبه علة تنظيم وضبط الذات.

ويتضح من النقطة السابقة أن مفاهيم التعلم هي المستخدمة في سياق تفسير الاضطرابات السلوكية - التي تكون فشل في تعلم مهارات ما أو تعلم سلوك غير مناسب - والعلاج السلوكي الذي هو بمثابة إعادة تعلم.

السلوك البشري سوي أو غير سوي يقع ما بين أحداث سابقة عليه (مقدمات) تهيئ من إصداره وأيضاً نتائج لهذا السلوك والتي قد تكون معززة له بالإيجاب (مدعمة) فيزداد تكرار السلوك أو بالسلب (عقاب) فيضعف تكرار السلوك. ومن هنا فان الأساليب العلاجية لا تتخل فقط لتعديل السلوك المشكل ولكن لتعديل المقدمات والعواقب أيضا لما يتناسب مع الهدف العلاجي.

تعتمد أساليب العلاج السلوكي علي أربعة نماذج أساسية في التعلم وهي:-
(أ) نموذج الإشراط الكلاسيكي لبافلوف Classical Conditioning Modelالذي يركز على عملية إبدال المقدمات المنبهات) القديمة بأخرى جديدة؛ (ب) نموذج الإشراط الإجرائي لسكنر Operant Conditioning Modelوالذي يركز على

نتائج السلوك (المدعمات)؛ (ج) نموذج التعلم بالملاحظة The Observational Learning Model والذي يهتم بتعديل السلوك عن طريق المحاكاة؛ (د) نموذج تنظيم الذات Self- Regulation Model والذي يعتمد على تغيير العميل لنفسه حتى يحدث تواؤم بينه وبين معايير سلوكية محددة.

يهتم المعالج السلوكي بالتحديد الكمي للسلوكيات الغير مرغوبة أو المطلوب تعديلها قبل التدّخل العلاجي وبعده وأيضاً على فترات زمنية معينة أثناء ممارسته وذلك لتقويم فعالية الأساليب العلاجية المستخدمة.

يعتقد البعض أن العلاج السلوكي لا يهتم بدور العلاقة بين المعالج والعميل، ولكن هذا الاعتقاد يعتبر خاطئا، حيث أن سلوك المعالج يحدد كفاءة العلاج في كونه يتضمن قدرته علي تشجيع العميل وتوجيهه نحو السلوك السوي وأيضاً تدعيمه لتغييره، كما أن أحد الأدوار الأساسية للمعالج في المقابلة الأولي مع العميل هي مناقشته في الأساليب العلاجية المناسبة والأهداف المرغوبة من العلاج وبعد ذلك التوصل إلى اتفاق فيما بينهما وإصدار قرار مشترك عما هي الأساليب العلاجية التي ستستخدم للوصول إلى الهدف النهائي للعملية العلاجية. (مليكه، ١٩٩٠).

المراجع

١- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

٢- دسوقي، كمال (١٩٨٨). ذخيرة علم النفس. المجلد الأول. القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

٣- سويف، مصطفى (١٩٨٧). محاضرات العلاج السلوكي. دبلوم علم النفس التطبيقي بجامعة القاهرة. غير منشورة.

٤- مليكة، لويس (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. القاهرة: دار القلم للنشر والتوزيع.

٥- ولبه، جوزيف (١٩٨٥). الأسس التجريبية لبعض أساليب العلاج النفسي الحديثة. ترجمة: فيصل يونس؛ في: مصطفى سويف، مرجع في علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار المعارف.

6- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An Evaluation. Journal of Consulting Psychology, XVI (5), 319-324.

7- Heymann-

treatment plus mulicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. The American Journal of Gastroenterology, 95 (4), 981-994.

8- Martin, G. & Pear, J. (1978). Behavior modification: What it is and how to do it> New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

9-). Behavior therapy: Application and outcome. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

10- Rachman, S. J. & Wilson, G. T. (1980). The effects of psychological therapy. 2nd ed., Oxford: Pergamon Press.

الفصل التاسع

أساليب العلاج السلوكي-١

(تطبيقات نظرية الإشراط الكلاسيكي/ الإشراط المضاد)

مقدمة

سبق الإشارة بأن أساليب العلاج السلوكي هي نتاج للفريق المبتكر :- سكنر، أيزنك وفولبه، وسيرد تفاصيل إسهاماتهم التنظيرية كل في موقعه المناسب عند عرض أساليب العلاج السلوكي المختلفة.

وعند عرض الأسلوب العلاجي المسمى التسكين المنظم systematic desensitization يلزم توضيح دور أفكار وتجارب جو زيف فولبه J Wolpe في ابتكار ونمو هذا الأسلوب العلاجي والتي هي امتداد لنظرية التشريط الكلاسيكي Classical Conditioning لبافلوف كما سيوضح في الفقرات التالية.

تفسر العديد من السلوكيات السوية وغير السوية في ضوء أنها متعلمة أو مكتسبة، وهذا التعلم يفسر بدوره عن طريق الاشراط الكلاسيكي (البافلوفي). ويقوم هذا الاشراط على مبدأ الارتباط بين منبه طبيعي وآخر شرطي (حيادي) يكتسب الخصائص الخاصة بالمنبه الطبيعي وبالتالي يصدّر الاستجابة الخاصة به بعد ذلك (تعلم). ويتأثر الاشراط الكلاسيكي بعدة عوامل هي:- أ) الترتيب الزمني بين المنبهين الطبيعي والشرطي:- فقد استخدم بافلوف في تجاربه على الحيوان (الكلب) ثلاثة أنماط من الإشراط تبعاً لأسلوب تتابع المنبهين الطبيعي والشرطي وهي؛ إشراط الأثر أو الأمامي forward conditioning الإشراط المرجأ (الخلفي) Backward conditioning الإشراط المتزامن أو المتآني simultaneous conditioning، وقد توصل الى أن أفضل نمط هو الأمامي وذلك لأن المنبه الطبيعي في المراحل الأولى من التشريط يعتبر تدعيماً للاستجابة

الشرطية أو المتعلمة ب) الفترة الزمنية بين المنبهين الطبيعي والشرطي:- وقد اتضح أن أفضل إشراط يتم في فترة زمنية فاصلة بين المنبهين حوالي نصف ثانية وذلك رغم أن الاستجابة الشرطية تحدث بعد مدة أكبر من ذلك، ويرجع ذلك إلى أن الفترة الزمنية تعطي الفرصة للكائن الحي أن يستوعب الطبيعة الداعمة للمنبه الطبيعي، وذلك ما يفسر أيضاً لماذا يكون الإشراط الأمامي أفضل من المتأني والخلفي (الذي لا يحدث تعلماً)، ج) الاستجابة المسيطرة:_ ويقصد بها أي من الاستجابتين أكثر سيطرة هل استجابة المنبه الطبيعي (غير الشرطي) أم المنبه الشرطي وذلك قبل عمل تزاوج بينهما أو عملية إشراط. وعادة ما تكون الاستجابة غير الشرطية هي الأقوى في الموقف الاشراطي وهذا هو أساس الاشراط المضاد.

الإشراط المضاد:-

يحدث عند إبعاد المنبه الطبيعي (غير الشرطي) انطفاء للاستجابة الشرطية، ولكي يتم ذلك بصورة أيسر يمكن استخدام منبه طبيعي آخر يثير استجابات مضادة للاستجابة الشرطية ومن ثم يحدث إشراطاً مضاداً (مثل حالة الطفل "ألبرت" حيث تم تقديم الفأر منبه شرطي متلازماً مع منبه طبيعي آخر وهو الطعام، ونظراً لأن الطعام يصدر استجابة مناقضة لاستجابة الخوف يحدث إشراطاً مضاداً) ويعتبر هذا النمط الإشراطي هو ما استخدمته ماري كوفر جونز في علاجها لمخاوف الطفل "بيتر". (سويف، ١٩٨٧؛ إبراهيم، ١٩٨٨؛ مليكه، ١٩٩٠). وقد أثبت فولبه كما نشر في كتابه إلى بعنوان العلاج بالكف المتبادل يمكن علاج ما يقرب من ٩٠ % من حالات الخوف والقلق من خلال الإشراط المضاد. ولخص فولبه طريقته في استثارة استجابة ما معارضة لاستجابة القلق (أو الخوف) عند ظهور المنبهات المثيرة له، حيث أن تلك الاستجابة المعارضة تؤدي إلى توقف (أو كف) كلي أو جزئي للقلق، ثم يبدأ القلق في التناقص ثم التلاشي. وتتطلب هذه الطريقة معرفة الاستجابات المعارضة لاستجابة القلق، تقسيم الموقف المثير للقلق إلى مواقف جزئية متدرجة الشدة من حيث قدرتها على اثارة القلق من الأدنى الى الأعلى، ثم تعرض الفرد التدريجي لهذه

المواقف الفرعية متزامنة مع الاستجابة المعرضة لها. (فولبه، ١٩٨٥؛ إبراهيم، الدخيل، وإبراهيم، ١٩٩٣) (Wolpe, 1995)

وقد اعتمدت بعض أساليب العلاج السلوكي على الاشراط المضاد ومنها: التسكين المنظم (و ما يتضمنه من أسلوب الاسترخاء)، تأكيد الذات، والعلاج بالتنفير aversion therapy والعلاج بالغمر Flooding Therapy. والتي سيتم تناولها بالتفصيل في هذا الفصل.

أولاً: التسكين المنظم Systematic Desensitization

يعتبر أسلوب التسكين المنظم هو أكثر الأساليب السلوكية انتشاراً وهو تطوير لأسلوب الكف المتبادل الذي اقترحه فولبه من خلال تجاربه على الحيوانات (القطط) عام ١٩٥٨ ووجد صداه من خلال أعمال ماري كوفر جونز، ثم تطور الأسلوب امبريقياً وإكلينيكيا باستخدام الاسترخاء المتصاعد الذي اقترحه جاكبسون كما سيرد تفصيلاً فيما بعد. ويستخدم في علاج العديد من اضطرابات العصاب مثل: القلق، المخاوف وخاصة تلك التي ترتبط بمنبهات مختلفة غير التفاعل مع أشخاص.

ويتكون أسلوب العلاج بالتسكين المنظم من ثلاث عمليات هي:

<u>التدريب على الاسترخاء العضلي العميق</u>:- قد ابتكر جاكبسون Jacobson عام ١٩٣٨ أسلوب الاسترخاء التصاعدي بناءاً على قاعدة فسيولوجية معروفة وهي أن التوتر والانفعالات الشديدة عادة ما يعبر عنها بصورة كلية أو جزئية في شكل توترات عضوية وعضلية وذلك لزيادة نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي، وتعتبر استجابة الاسترخاء مناقضة لها لكونها توقف كامل عن الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر وهي نتاج نشاط الجهاز العصبي الباراسمبثاوي، أي أنها مناقضة لاستجابة القلق فلا يمكن أن يكون الفرد قلقاً ومسترخياً في نفس الوقت. وقد تستخدم عملية الاسترخاء كأسلوب علاجي مستقل أو كأحد الخطوات العلاجية كالأسلوب الذي نحن بصدده الآن.

ويحتاج الاسترخاء إلى التدريب المنظم، ويجب تهيئة الفرد تبعاً للنقاط التالية:- أ) توضيح المعالج للعميل بأنه سيتعلم خبرة جديدة، ب) والتأكيد له بأن

خبرات التوتر التي يستشعرها استجابات متعلمة؛ ج) وأنه يمكنه أن يتعلم خبرات جديدة معاكسة لها والمتمثلة في استجابات الاسترخاء ؛ د) يجلس العميل في وضع مريح ثم يبدأ تدريب العضلات تباعاً. ولكن يلزم التنويه هنا عن ماهية التوتر الذي يختص الاسترخاء بإزالته، فمن المعروف أن التوتر يتضح في العضلة ذاتها ويسمى tension ويوجد نمط آخر وهو الذي يتركز في الروابط بين العضلة والمفصل وهذا يسمى strain، وتهتم تدريبات الاسترخاء بالنمط الأول من التوتر.

هذا ويقسم فولبه عضلات الجسم التي تدرب على الاسترخاء إلى :- ١) عضلات الوجه؛ ٢) عضلات الصدر؛ ٣) العضلة البطنية؛ ٤) مجموعة عضلات الأطراف؛ و٥) عضلات الظهر وخلف الرقبة والكتفين، ولا يوجد نسق ترتيبي محدد يستخدمه المعالجون للتدريب على الاسترخاء إلا أن معظمهم يفضل البدء بتدريب عضلات الذراعين نظراً للسهولة وليتعلم العميل بشكل أكثر وضوحاً معنى وكيفية الاسترخاء.

مثال لتدريب عضلات الذراعين على الاسترخاء:- تعتمد التدريبات عامة على إعطاء تعليمات للعميل بالتركيز على الفرق بين الاحساسات أثناء التوتر والشد للعضلة وبين حالتها أثناء الاسترخاء. ففي العضلات الخاصة بثني الذراعين يضغط بشدة عليها (بالثني بقوة) مع التركيز على التوتر الناتج ثم بعد فترة يطلب من العميل عمل استرخاء تدريجي مع ملاحظة الفرق في الحالتين وتكرر هذه الخطوة عدد من المرات . الخ. ثم يتم تناول عضلات الساعد وذلك بثني الكف إلى الخلف بقوة مع اتباع التعليمات السابقة وبعد ذلك التدريب على ثني الكف بقوة أيضاً في الناحية العكسية.

مثال لعضلات الوجه:- وتقسم إلى:- أ) عضلات الجبهة ويكون الشد بها على محورين الأول رأسي والذي يوجد أثناء حالة الضيق، والآخر أفقي وهو الذي يوجد في حالة الدهشة، بينما في حالات الحزن الشديد المصحوب بالغضب يكون الشد على المحورين. ويكون التدريب على الاسترخاء على مستوى كل محور، فبالنسبة للمحور الرأسي يطلب من العميل ضم العضلات الرأسية بشدة

(كما في الغضب) ويركز في التوتر الناتج ثم يطلب منه إرخائها بعد ذلك بالتدريج ويركز على الفروق بين الحالتين، ويكرر هذا التمرين.. الخ ب) عضلة الفكين.... ج) عضلات الجفنين... د) العضلات المتحكمة في مقلة العين... هـ) عضلة الشفتين...

ويتراوح عدد الجلسات المتطلبة للتدريب على الاسترخاء من ٦ إلى ٨ جلسات ومدة الجلسة حوالي ٤٥ دقيقة إلى ساعة، ويطلب من العميل ممارسة التمرينات بالمنزل لمدة نصف الساعة تقريباً مرة أو مرتين بدءاً بحالة الاسترخاء مباشرة على افتراض وجود حالة توتر أو شدة. (سويف، ١٩٨٧؛ فولبه، ١٩٨٥؛ إبراهيم، ١٩٨٨؛ ١٩٩٤؛ مليكه، ١٩٩٠ ؛ إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣). .(O Leary & Wilson, 1975; Jacobson, 1976)

وقد أوضح فان هاسيلت وهيرسين Van Hasselt & Hersen ١٩٩٣ (as cited in Tyson, 1998, 10) أن الاسترخاء في حد ذاته طريقة مثمرة وإيجابية في خفض الاستثارة ومن ثم إدارة السلوك العدواني، وذلك لأنه يخفض ما يسمى بالاستثارة الفسيولوجية مما يمنح فرصة من الوقت للفرد لكي يفكر قبل أن يقدم على أي فعل هجومي أو عدواني.

(٢) <u>مدرج القلق (مدرج المنبهات المثيرة لأعراض العصاب) anxiety hierarchy</u>:- ويتم في هذه الخطوة تحديد المنبهات التي تصدر استجابات غير ملائمة (على سبيل المثال: استجابات قلق) من خلال تقديم مستويات مختلفة من هذه المنبهات وقياس شدة تأثيرها على العميل في إصدار الاستجابات غير الملائمة، ويساهم في إجراء ذلك المقابلات والمذكرات الشخصية والمقاييس الفسيولوجية والاختبارات المختلفة. وهذا يعني أن عملية تحديد مدرج المنبهات يتطلب تحليل الموقف السلوكي إلى الأحداث أو المواقف السابقة التي تصدر الاستجابات غير الملائمة (المنبهات)، ويبدأ عمل المدرج هذا بخطوات استكشافية وتتطور الى تفاصيل المنبهات. ومثالا لذلك عند عمل مدرج لمنبهات المخاوف المرضية لعميل ما؛ يحدد عامة شدة الخوف والمواقف المثيرة له باستخدام استبار حر ويمكن الاستعانة بقياس "قائمة المخاوف" لولبي، ثم تحدد تفاصيل المواقف

المخيفة من واقع ذاكرة العميل وتجمع كل المنبهات المثيرة للخوف البسيطة منها والمركبة (و التي تحلل الى عناصرها الفرعية)، ثم تصنف المجموعات المختلفة من المنبهات حسب الموضوع الرئيسي الشائع في كل مجموعة (خوف من الأماكن المرتفعة، من الأماكن المتسعة، الحيوانات الخ).

تحدد شدة اثر كل منبه وذلك على متصل scale من عشر نقاط (أو كما يرى المعالج) أثناء المقابلات مع العميل، وقد يتم هذا في الجلسات الخاصة بالاسترخاء، ويفضل البدء في إجراءات مدرج المنبهات من الجلسة الرابعة حتى يتم التركيز في الجلسات الأولى على تحسن تمرينات الإرخاء. وترتب بعد ذلك المنبهات، وتعتبر هذه الخطوة من أهم الخطوات في درج المنبهات ويمكن أن تتم بعدة طرق منها أ) خلق تصور ذهني لدى العميل بوجود المنبهات ثم يطلب منه إعطاء درجة لها من ١ ال ١٠(على مسطرة وهمية) تبعاً لشدة وقعها عليه؛ ثم ملاحظة المسافات بين المنبهات على تلك المسطرة، وهل المسافات بين المنبهات متقاربة أم لا، وإذا وجدت مسافة كبيرة بين منبهين (س، ص) هذا يعني وجود خلل في المدرج وأنه يوجد منبهات أخري فرعية بينهما يلزم تحديدها. ب) كما يمكن عمل الترتيب من خلال إعطاء العميل البنود (المنبهات) التي تم تحديدها بصورة زوجية، بأن يكتب كل بند على قصاصة من الورق ويقرر العميل أي البندين أكثر شدة عليه... وهكذا وبالتالي ترتب المنبهات من الأقل الى الأكثر شدة. (سويف، ١٩٨٧؛ مليكه، ١٩٩٠) (O Leary & Wilson, 1975).

(٣) <u>العرض المنظم systematic exposure</u> :- ويقصد به عرض المنبهات على العميل تبعاً للترتيب الذي حدده العميل بناءاً على الشدة بدءاً بأدنى مستوى (درجة) تحت شرط استثارة الاستجابة المضادة للقلق (و هي هنا الاسترخاء)، وهذه العملية تمر بالخطوات التالية:- أ) يطلب من العميل الاسترخاء العميق. ب) يعرض العميل إلى أقل شدة من المنبه، وهذا التعرض قد يكون واقعياً بوجود المنبه في الحيز الحسي للعميل، أو يكون متخيلاً بأن يطلب من العميل استحضار الصورة الذهنية له. ج) يستمر وجود المنبه (واقعياً أو متخيلا) لمدة ١٥ إلى ٢٠ ثانية تقريباً مع تركيز العميل عليه؛ د) ثم يتوقف التعرض للمنبه ويطلب من العميل العودة إلى الاسترخاء وذلك بالتركيز على

العضلات التي حدث لها قدر من التوتر ثم يكرر عرض المنبه على هذا المنوال أكثر من مرة حتى يزال قدرته على إثارة القلق للعميل؛ هـ) ثم يعرض المنبه التالي بنفس الخطوات السابقة وهكذا. (سويف، ١٩٨٧؛ مليكه، ١٩٩٠).

ثانياً: الأسلوب التوكيدي Assertiveness

إذا كانت استجابة الاسترخاء مناقضة لاستجابة القلق كما أشير فيما سبق فقد وجد فولبه أن استجابات تأكيد الذات هي أيضا مناقضة للقلق (بالإضافة إلى الاستجابات الجنسية) (فولبه، ١٩٨٥).

ويرجع أسلوب العلاج التوكيدي إلى منهج سالتر Salter العلاجي "العلاج بالفعل المنعكس الشرطي" "Conditioned Reflex Therapy" ١٩٤٩ الذي تأسس على مفهومي بافلوف الاستثارة excitation والكف inhabitation واللتان يعتبرهما خاصتين موروثتين للجهاز العصبي تساعد في عملية تكوين العادات الشرطية المتعلمة. ويجب أن يحدث توازن بين هاتين العمليتين في المخ حتى يتم التحقق من الشروط الفسيولوجية المسئولة عن التوازن النفسي. وبالتالي فإن سيطرة قوة الكف تؤدى إلى الشخصية الكافة المنسحبة والمنغلقة مع انفعالاتها (الأعراض العصابية) بنما سيطرة قوة الاستثارة تؤدي إلى شخصية منطلقة وخالية من القلق ولكن زيادة هذه القوة أكثر من الحد المطلوب يؤدى أيضا إلى سلوكيات مرضية. ومن ثم يتطلب التوازن بين القوتين لكي يحدث السواء النفسي. ويعتبر سالتر أسلوب توكيد الذات هو أسلوب يمكن الشخص من التعبير عن انفعالاته بإطلاق قوة الاستثارة لديه. (إبراهيم،١٩٩٤) (Wolpe, 1995) كما أنه يتضمن التعبير المناسب وجدانياً والتأكيد على حقوق الفرد المقبولة أو المعقولة (as cited in Tyson, 1998, 10).

ويعرف فولبه مفهوم تأكيد الذات بأنه القدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال، ويعطي المعالجون السلوكيين للمفهوم نظرة أوسع فيصورونه بأنه القدرة على التعبير الإيجابي على الكثير من المشاعر الإيجابية وليس فقط التدرب على العدوان وإعطاء الأوامر والتحكم في الآخرين. ويعتبر تأكيد الذات أحد تطبيقات الإشراط المضاد، لأن الحرية الانفعالية والتعبير عن الانفعالات الإيجابية والسلبية

التي هي جوهر التوكيدية يتعارض مع استجابات القلق أو العصاب، وبالتالي فالتدريب على أن تكون ردود الفعل واثقة وإيجابية في مواقف التي بها تفاعل مهدد أو مقلق. ويتضح مما سبق أن استجابات الاسترخاء تستخدم مع المنبهات الغير اجتماعية بينما استجابات تأكيد الذات تستخدم في المواقف المتضمنة تفاعل اجتماعي.

ويستخدم تأكيد الذات في علاج أعراض العصاب (مثل القلق) الناتج عن الخضوع أو السلبية، وللتدريب على أداء الأدوار الاجتماعية، والتعبير عن المشاعر الداخلية في صورة لفظية تلقائية، وأيضاً القدرة على إحداث استجابات غير لفظية ملائمة.(إبراهيم، ١٩٨٨؛ ١٩٩٤).

وأسلوب التدريب على تأكيد الذات يعتمد على تدخلات تؤدي بالعميل إلى أحقيته في أن يكون ما هو عليه وأن يعبر عن مشاعر الإيجابية (كالحب والدفء) والسلبية (كالغضب والضيق) في حرية طالما أنه لا يؤذي الآخر (و هذا ما يميز تأكيد الذات عن العدوانية)، وهذا المعنى هو ما دفع جولدشتين Goldstein الى اقتراح مصطلحاً آخر من وجهه نظره أكثر دقة وهو "التدريب على التعبير الملائم". وحين الاتفاق مع العميل في كونه يحتاج تدريب على تأكيد الذات، فإن المعالج يطلب من العميل التسجيل التفصيلي اليومي عن التفاعلات الاجتماعية الخاصة به ومدى مواءمتها مع الموقف، ويتم مناقشة هذه التفاعلات مع العميل للحصول على كل التفاصيل الخاصة بالموقف من حيث التعبيرات اللفظية وغير اللفظية. ويوجد بعض الأدوات التي يمكن استخدامها للتدريب على تأكيد الذات ومنها النمذجة؛ حيث يتم عرض السلوك المرغوب على العميل، وأيضاً يمكن أن يستخدم "لعب الأدوار" حيث يقوم المعالج أولاً بدور العميل كنموذج، ثم يعطي الفرصة للعميل لتكرار الأداء إلى أن يصل إلى طريقة تعبير عن الذات تشعره الراحة. وعادة ما يتم التدريب على تأكيد الذات في مواقف بسيطة يزداد احتمالية النجاح بها من حيث التفاعلات الاجتماعية الملائمة والتي بها قدر من الثقة في الذات ثم تنتقل بالتدريج إلى مواقف أعقد في صورة هيراركية، ويتم هذا في شكل تمرينات تمارس في عالم الواقع. (مليكه، ١٩٩٠؛ إبراهيم، ١٩٩٤) (O Leary & Wilson, 1975).

ثالثاً: أسلوب العلاج بالتنفير Aversion Therapy

تعتمد نظريات التعلم على أن السلوكيات التي يعقبها ألم أو عقاب تتلاشى أو يقل معدل تكرارها، وهذا المبدأ هو ما يتم تطبيقه مع السلوكيات غير المرغوبة (الانحرافات السلوكية) والتي قد تعطي قدر من اللذة لدى العميل مثل الانحرافات الجنسية والإدمان والتدخين..الخ وقد يستخدم أحياناً كتكنيك مساعد في علاج النهم كما سيتضح فيما بعد، ويعني ذلك بأنه يتبع نموذج الإشراط الكلاسيكي باقتران منبه مدعم مع آخر منفر أو مؤلم أي استثارة استجابة مناقضة للاستجابة غبر المرغوبة ومن ثم فيعتبر أسلوب العلاج بالتنفير أحد تطبيقات الإشراط المضاد.

ويعتبر كروفيتش وهو أحد التلاميذ المباشرين لبافلوف أول مَن جرّب هذا الأسلوب عام ١٩٢٩ لعلاج الاعتماد على الكحوليات باستخدام صدمات كهربية مؤلمة على الأطراف مقترنة مع رؤية ومذاق الكحول. ثم حاول ماكس Max عام ١٩٣٥ علاج حالة فيتيشية، وأيضاً ماركس وجيلدر Marks & Gelder عام ١٩٦٧ لعلاج حالات فيتيشية واللذة الجنسية في ارتداء ملابس الجنس الآخر.

ويعتمد العلاج بالتنفير في الوقت الحالي على الصدمات الكهربية والعقاقير الكيميائية كمنبهات مؤلمة أو مؤذية. إلا أنه يفضل الصدمات الكهربية لأنها تمكن المعالج من تحديد العلاقة الزمنية بدقة أو التزامن بين السلوك المنحرف (الموجود واقعياً أو مستحضر ذهنياً) وبين المنبه المنفر (و يوجد جهاز معد لهذا الغرض به إمكانية تعديل شدة المنبه المؤلم وأيضاً الفترة الزمنية لدوامه)، كما أن بعض العقاقير قد تؤثر بالسلب على الجهاز العصبي وتعوق التعلم الذي هو جوهر العلاج. وهنا يلزم التنويه إلى أن التنفير الكيميائي ناجح بشدة في علاج حالات إدمان الكحوليات(مثل عقار الــ ايميتين المثير للغثيان).

ويجب على المعالج السلوكي أن يراعي بعض القواعد العملية لضمان فعالية العلاج التنفيري وهي:-

تدرج أولاً السلوكيات غير المرغوبة من حيث شدتها (و ذلك ما يشبه مدرج القلق)؛

يتم الاقتران بين المثير المؤلم وبين أقل شدة من الاستجابة غير المرغوبة، ويكرر ذلك إلى أن يتلاشى هذا السلوك، ثم يستخدم السلوك الأكثر شدة وهكذا؛

يجب أن يقدم المنبه المؤلم بطريقة لا تسمح لهروب العميل منه؛

يجب أن يقدم المنبه المؤلم بأعلى شدة ممكنة، وأيضاً بأعلى معدل تكرار ممكن؛

لا تتغير شدة المنبه المؤلم أثناء التعرض له لا بالزيادة ولا بالنقصان؛

يجب ألا يحدث إطالة في فترة التعرض لمثير مؤلم خاصة وإن كان متوسط الشدة حتى لا يحدث تعود عليه. (سويف: ١٩٨٧؛ مليكه: ١٩٩٠) .(O Leary & Wilson, 1975)

رابعاً: العلاج بالغمر Flooding Therapy

يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على الإشراط الكلاسيكي وخاصة فيما يتضمن من انطفاء تجريبي. ويستخدم مع أنواع العصاب التي لا يستطيع التسكين المنظم علاجها مثل الخوف من الأماكن المتسعة والعصاب القهري. وتسير إجراءات العلاج بالغمر بطريقة عكسية مع التسكين المنظم، حيث يعرّض العميل للمنبهات الأعلى شدة من حيث إثارتها للقلق مباشرة لفترات زمنية طويلة، وقد يكون ذلك على المستوى الواقعي أو التصور الذهني. وقد يستخدم مع أسلوب الغمر عقار مهدئ (إشراط مضاد).

يتبع العلاج بالغمر الخطوات التالية:-

يبدأ المعالج بتحديد المؤشرات (المنبهات) الداخلية والخارجية الصريحة والضمنية التي تثير استجابات العصاب (استجابات التحاشي في الخوف)؛

يكوّن من المؤشرات هذه مدرج يشبه مدرج القلق السابق ذكره في التسكين المنظم بحيث تكون أدنى درجات المدرج هي الخاصة بالمؤشرات التي يكون العميل على دراية تامة بها في كونها تسبب معظم الأعراض المرضية؛

قد يعرض العميل إلى المؤشر ذو أعلى درجة مباشرة كما ذكر آنفاً إلا أنه في كثير من الحالات المرضية ترفض مثل هذا التعرض لما يتضمنه من شعور بعدم الراحة لا يستطيعون تحمله، وقد يعاني بعض العملاء أيضاً من أمراض القلب ومن هنا يكون استخدام هذا الأسلوب من التعرض غير مأمون العواقب، لذا يستخدم التعرض التدريجي منن المؤشرات الأدنى إلى الأعلى يشبه التسكين المنظم وكلما لاحظ المعالج انخفاض مستوى القلق ينتقل إلى المثير الأعلى مباشرة (عكس السكين المنظم). وقد يكون هذا التعرض في مواقف واقعية أو يكون على مستوى الاستحضار الذهني (التخيل للمنبهات أو المؤشرات المزعجة. ويتميز التعرض المتدرج بأنه يقلل من حالات التهرب أو التسرب من العلاج، ويشعر العميل بأنه يشارك وله قدر من المسئولية في العلاج مما يزيد من احتمالات الشفاء ؛

تستغرق الجلسة العلاجية من ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة ولا يجوز أن تتوقف مع ارتفاع القلق ولكن تتوقف مع انخفاضه، وهذا عكس التسكين المنظم الذي تتوقف جلسته بارتفاع مستوى القلق.

يطلب من العميل ممارسة هذا التعرض اعتمادا على نفسه دون مساعدة المعالج في مواقف خارج حدود الموقف العلاجي؛

يفضل أن تتوالى جلسات العلاج بصورة مكثفة على الأقل في البداية - حتى تظل حالة القلق قائمة دون انخفاض؛

يجب مراعاة أن كفاءة هذا الأسلوب العلاجي تعتمد على :- أ) مدة التعرض للمنبه المزعج؛ ب) شدة القلق المصاحب لهذا التعرض. (سويف، ١٩٨٧؛ مليكه، ١٩٩٠)

وقد أوضحت دراسات بارت Bart ١٩٦٩ ودي مور DeMoor ١٩٧٠ وماركس وآخرون Marks et al ١٩٧١ نتائج إكلينيكية وتجريبية أقل اتساقاً بالنسبة لأسلوب الغمر مقارنة بأسلوب التسكين المنظم، واتضح أن الغمر يؤدي إلى خفض جوهري للاستثارة الفسيولوجية إلا أن تأثيره العلاجي يكون على مدى قصير مقارنة بالتسكين المنظم، كما أن الغمر يكون أكثر فاعلية في علاج الفوبيا العامة بينما التسكين المنظم أفضل في علاج الفوبيا النوعية. (O Leary & Wilson, 1975).

المراجع

١- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ للنشر.

٢- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

٣- إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز؛ وإبراهيم، رضوى (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته. عالم المعرفة، ١٨٠. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

٤- سويف، مصطفى (١٩٨٧). علم النفس الإكلينيكي. محاضرات دبلوم علم النفس التطبيقي. غير منشورة، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

٥- مليكه، لويس (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم.

٦- فولبه، جوزيف (١٩٨٥). الأسس التجريبية لبعض أساليب العلاج النفسي الحديثة. ترجمة: فيصل يونس. في: مصطفي سويف، مرجع في علم النفس الإكلينيكي، ٣٠٩ ٣٤٥. القاهرة: دار المعارف.

7- Jacobson, E. (1976). You must relax. London: Souvenir Press.

8-

Application and outcome. New Jersey: Prentice Hall, Inc.

9- Tyson, P. D. (1998). Physiological arousal, reactive aggression, and the induction of an incompatible relaxation response. Aggression and Violent Behavior, 3 (2), 143-158.

10- Wolpe, J. (1995). Reciprocal inhibition: Major agent of behavior therapy: Exploring behavior change. Washington, DC.: APA.

الفصل العاشر

أساليب العلاج السلوكي -٢

(تطبيقات نظريات الاشتراط الإجرائي، نظرية هلّ، التعلم الاجتماعي، والتعلم بالملاحظة)

مقدمة

يعرض في هذا الفصل عدد من نظريات التعلم وهي: الاشتراط الإجرائي لسكنر، وجهة نظر هَل في التعلّم، نظرية التعلم الاجتماعي لروتر، وأخيرا نظرية التعلم بالملاحظة لباندورا كأسس نظرية لبعض أساليب العلاج السلوكي.

أولا: نظرية الاشتراط الإجرائي Operant Conditioning Theory

سبق الإشارة إلى أن سكنر هو أحد الرواد الذين تأسس على يديهم أساليب العلاج السلوكي. وذلك اعتمادا على نظريته "التعلم الإجرائي". حيث يقوم الاشتراط الإجرائي على أساس تأثير نتاج السلوك والتي تدعم هذا السلوك بالسلب أو الإيجاب، وذلك عكس الاشتراط الكلاسيكي الذي يعتمد على الارتباط بين المنبهات (مليكه، ١٩٩٠). وهذا يعني أن السلوك الذي يحدث آثارا مرغوبة أي يثاب ويكافأ يزداد احتمالية ظهوره، بينما السلوك الذي يحدث آثارا سيئة (أي عقاب أو تعزيز سلبي) يؤدي إلى انخفاض احتمالية ظهوره مرة أخرى. وذلك يعني أن السلوك الإنساني هو نتاج العائد الاجتماعي المستمر والذي يتلقاه الفرد من البيئة المحيطة به (إبراهيم، ١٩٩٤).

وقبل الاستطراد في الأساليب العلاجية التي قامت بتطبيق هذه النظرية، يجب أن استعراض أولاً المفاهيم الأساسية التي تناولتها النظرية ومن ثم التعامل من خلالها في الأساليب العلاجية ومن هذه المفاهيم ما يلي:-

التدعيم:- وهو المفهوم الأساسي للتشريط الإجرائي، وهو يشير إلى أي فعل يزيد من السلوك المرغوب لدى الفرد. والتدعيم في حد ذاته لا يؤدي إلى حدوث تغير في معدل السلوك ولكن التدعيم المشروط هو الذي يؤدي إلى ذلك حيث الاشراط ما بين تدعيم ما وسلوك محدد يؤدي إلى تغيير معدّل ذلك السلوك تبعا لنوع التدعيم وهو بالتالي يعمل على زيادة أو نقصان تكرار السلوك، وهو نوعان:

التدعيم الإيجابي: ويشير إلى أي حدث يرتبط بزيادة معدّل السلوك المرغوب. وهو مصطلح يتشابه مع كلمة "المكافأة"، وهو عبارة عن جزأين؛ الأول هو إذا فعل الشخص شيء ما يتبع بتعزيز، والجزء الثاني هو فعل الشخص لنفس الشيء مرة أخرى عندما يكون الموقف مماثلاً (Martin & Pear, 1978)

التدعيم السلبي: وهو يشبه التدعيم الإيجابي في كونه يزيد من معدّل السلوك المرغوب ولكنهما يختلفان في أن التدعيم الإيجابي يقدم حدث مكافئ بينما التدعيم السلبي يتضمن حجب حدث منفر عند صدور السلوك المرغوب. مثلما تقدم الحلوى للطفل (تدعيما ايجابيا) عندما يصدر سلوكا مرغوباً، أو التوقف عن توبيخ الطفل (تدعيم سلبي) عند إصدار السلوك المرغوب. وهو يختلف عن العقاب في كون الأخير عبارة عن وجود منبه مؤلم أو منفر أو التوقف عن التدعيم الإيجابي عند صدور سلوك غير مرغوب، مثل عقاب الطفل بالضرب (منبه منفر)، أبعاد الشخص عن موقف مدعم، أو إنقاص المدعمات السابقة أو ما يسمى بتغريم الاستجابة غير المرغوبة كما في العقاب المادي للسائق الذي يخترق قواعد المرور. (إبراهيم، ١٩٨٣؛ ١٩٩٤، مليكه، ١٩٩٠، واطسون، ١٩٨٨، إبراهيم والدخيل وإبراهيم، ١٩٩٣).

ج - التدعيم التدريجي والمشكّل للسلوك: وهو نمط من التدعيم يزداد مقداره بالتدريج مع ارتفاع مستوى السلوك المرغوب (الهدف النهائي للسلوك المرغوب). مثالا على ذلك، عند تعليم الطفل قضاء وقت أطول في الاستذكار عن اللعب، فيتم زيادة التدعيم (و ليكن حلوي) كلما زاد الوقت المستغرق في

الاستذكار مع إنقاص وقت اللعب. ويعتبر هذا النمط التدعيمي هو المستخدم في التعليم المبرمج، حيث يبدأ التدعيم مع المستوى المتناسب مع الفرد ثم يدعم الاستجابات الصحيحة فقط تدريجيا إلى أن يصل للمستوى المطلوب. (مليكه، ١٩٩٠، إبراهيم، الدخيل وإبراهيم، ١٩٩٣).

المتغيرات المؤثرات في قوة التدعيم:- تعتبر طبيعة تقديم المدعمات هي المتغيرات التي تحدد قوة تأثيرها وهذه المتغيرات هي:

مقدار التدعيم: حيث يزداد تأثير التدعيم بازدياد مقداره، ولكن هذا ليس على الإطلاق فإن تحديد هذا الكم يتوقف على طبيعة السلوك المراد تغييره وأيضا شخصية الفرد المطلوب تعديل سلوكه وهو ما يحدده المعالج.

الفترة الزمنية بين السلوك والمدعم: تتحقق أفضل النتائج - خاصة في تعديل سلوك الأطفال - إذا قدّم التدعيم بعد السلوك مباشرة. ولكن يتطلب في كثير من الحالات - خاصة الراشدين والجانحين -محاولة تعلم السلوك المرغوب مع تأجيل عملية التدعيم، وهو ما يسمى تعلم الاستجابة لعلاقات مشروطة بعيدة الأجل.

ج- جداول التدعيم: وهي تشير إلى كيفية الربط بين الاستجابات والمدعمات. وتنقسم إلى عدة أنواع هي: ١) إذا تم تقديم الدعم بعد كل استجابة مرغوبة يسمى هذا "تدعيما مستمرا". ٢) وإذا تم تقديم التدعيم بعد فترات زمنية مقننة مثل أن تدعم أول استجابة تحدث بعد مرور خمس دقائق يسمى هذا جدول "تدعيم الفترة الثابتة". بينما إذا تم تدعيم الاستجابة المرغوبة بعد فترات زمنية مختلفة يسمى هذا بجدول " تدعيم الفترات المختلفة". ٣) ويوجد ما يسمى بجدول "تدعيم النسبة"، فقد يقدم التدعيم أيضا بعد عدد محدد من الاستجابات التي يجب أن تصدر من الفرد "جدول النسبة الثابتة" أو قد يتغير هذا العدد من الاستجابات بتغير المدعم وهذا ما يسمى بجدول" النسبة المتغيرة". (مليكه، ١٩٩٠)

ونظرا أن الانطفاء يتكون أسرع للاستجابات التي تم تدعيمها تدعيما مستمرا، وأبطأ لتلك التي دعمت تدعيما متقطعا، يستخدم في تعلم السلوكيات

المرغوبة التدعيم المستمر أولا لتكوين الاستجابة بطريقة سريعة ثم يستخدم التدعيم المتقطع للاحتفاظ بها وعدم انطفائها.

الحرمان والإشباع: لا تؤثر أغلبية المعززات الموجبة إذا لم يحرم منها الفرد فترة زمنية قبل استخدامها، وعامة كلما طالت فترة الحرمان كلما كان تأثير المعزز أقوى. ويشير الحرمان هنا إلى الزمن الذي لا يكون لدى الفرد خبرة بالمعزز. ويشير مصطلح إشباع إلى الشرط الذي يخبر الفرد بالمعزز. ولا يجب استخدام الحرمان الشديد مع تعلم السلوكيات الجديدة ولكن يستخدم مع الأنشطة الحياتية اليومية. (Martin & Pear, 1978).

التعليمات: ويقصد بهذه النقطة أنه لكي يزيد التدعيم من سلوك الفرد يجب أن يعرف كيف ومتى يحصل على التدعيم مما يساعد على سرعة التعلم للسلوك المرغوب. (Martin & Pear, 1978).

<u>أساليب التدعيم</u>:- تختلف أساليب التدعيم المستخدمة في تعديل السلوك وفقا لشخصية الفرد المطلوب تعديل سلوكه (العمر، الرغبات أو الحاجات ذات الأهمية بالنسبة له..الخ). ويمكن تصنيف أساليب التدعيم إلى ما يلي:-

التدعيم الأولي المباشر:- وهو تدعيم الاستجابات المرغوبة بإشباع حاجات بيولوجية مثل الطعام والحلوى دون التعارض مع الحقوق القانونية للفرد.(إبراهيم، ١٩٩٤) ويفضل استخدام هذا النمط من المدعمات مع الأطفال أو المتأخرين عقلياً.

التدعيم الاجتماعي:- وهو من أكثر المدعمات المستخدمة ومن أمثلته المدح والثناء والتقريظ والاهتمام بالفرد عند صدور الاستجابة المرغوبة أو تجاهله وعدم الاهتمام به عند صدور استجابات مشكلة. (إبراهيم، ١٩٩٤). ومن الواضح أن هذا الأسلوب يصلح استخدامه مع الأطفال والمراهقين وأيضا الراشدين.

المدعم الشرطي: وهو يعرف بأنه منبه ليس في الأصل له صفة التدعيم ولكنه اكتسب قوة التدعيم من خلال تزاوجه مع مدعمات أخرى، مثل الماركات التي يمكن أن تستبدل بطعام أو نقود أو ...الخ (Martin & Pear, 1978).

أسلوب تعديل السلوك "اقتصاديات الماركات" Token Economics

يعتبر هذا الأسلوب تطبيقا لمفهوم التدعيم في نظرية الاشراط الإجرائي لسكنر. ويستخدم مع المرضى الذهانيين بالمؤسسات وخاصة عند اقترابهم من الخروج إلى منازلهم، المتأخرين عقليا، مراكز العناية اليومية day-care centers، مع الجانحين في المؤسسات أو المنازل، المجرمون بالسجون، بطيئي التعلم، والأطفال المضطربين انفعاليا في فصول التعليم الخاص. ويوجد عدد من الفوائد لاستخدام الماركات وهي:-

تساعد الماركات في عمل تدعيم أكثر فاعلية لأسباب متعددة منها: أ) يمكن أن تعطي مباشرة بعد حدوث السلوك المرغوب وأيضا يمكن تأخيرها بعض الوقت حسب تقدير المعالج؛ ب) يمكن أن يرتفع أو ينخفض قيمة المارك تبعا للمدعم المقابل له ويمكن استخدام مدعمات اجتماعية معه؛ ج) تسمح الماركات للفرد أن يرى تحسّن سلوكه في شكل عياني، وبالتالي فإن عدد الماركات التي يجمعها الفرد تكون دالة لمعدّل التحسّن السلوكي؛ د) التدعيم الاجتماعي (مثل المدح) يعتمد إلى حد كبير على الحالة المزاجية للفرد القائم بهذا الثناء، بينما الماركات لا تتأثر، فهي بذلك لها قيمتها في حد ذاتها.

تعتبر الماركات أداة تعليمية وذلك للأسباب التالية: أ) فيمكن من خلالها تعليم العمليات الحسابية البسيطة وبعض السلوكيات المتضمنة التعامل مع النقود؛ ب) يمكن أن يتعلم الطلاب مهارات هامة لإدارة الذات self-management. ويعتبر أسلوب اقتصاد الماركات أكثر فائدة عند التعامل مع مجموعة من الأفراد أكثر من التعامل مع فرد واحد (Martin & Pear, 1978).

يوجد عدد من الاعتبارات يجب أن تراعي عند تصميم برنامج لتعديل السلوك يتضمن اقتصاديات الماركات وهي كما يلي:-

مراجعة التراث المناسب لمعرفة أي من الأنماط السلوكية غير المرغوبة التي يفضل استخدام اقتصاديات الماركات بها وأيضا أي من الأفراد يصلح معهم.

التعرف على الأهداف السلوكية والموضوعات المستهدفة أي جوانب السلوك المطلوب تعديلها على المدى القريب والمدى البعيد، وبالتالي ترتيب الأهداف السلوكية تبعا للأولوية واختيار الموضوع الأكثر أهمية للبدء به في تعديله.

تحديد خط الأساس للسلوكيات المستهدفة.

اختيار المعززات الفعالة للفرد من حيث كونها معززات أولية أو أيضا الألفاظ الخاصة التي تعتبر معززا له وترتيبها تبعا لأهميتها للفرد.

اختيار الماركات المناسبة والمكان والأدوات المناسبة للاستخدام مع الحالة المشكلة. (Martin & Pear, 1978).

ثانياً: وجهة نظر هَلّ في تفسير التعلم

يعتقد هَلّ Hull أن التعلم ما هو إلا عملية اكتساب لعادة سلوكية تتكون بالتدريج من خلال تكوين ارتباط شرطي بين منبه واستجابة أدت إلى إشباع حاجة للكائن الحي وأن هذه العادة وتقويتها يتوقف على عدد من العوامل، كما أن الاستجابة الشرطية تتوقف على عدة عوامل هي الأخرى. وسوف يعرض في الفقرة التالية عدد من النقاط الأساسية التي توضح وجهة نظر هَلّ في التعلم وهي كما يلي:-

جمع هَلّ بين تفسيري بافلوف وثورنديك للتعلم من حيث أن الارتباط الشرطي بين المنبه والاستجابة - بافلوف - واختزال الحاجة الناتجة عن ذلك (اختزال الحاجة إلى الطعام) والذي يمثل التدعيم الأولي الذي أشار إليه ثورنديك.

أوضح هَلّ أن المدعمات الأولية (إشباع الحاجة أو اختزالها) تكسب منبهات محايدة القدرة التدعيمية ومن ثم تصبح مدعمات ثانوية و تزيد من قوة

العادة المتكونة أو الارتباط الشرطي، تلك العادة التي تتكون تدريجيا إلى أن تصل إلى أقصاها (عكس وجهة نظر جاثري Guthrie).

أوضح هَل أن قوة العادة دالة لعدة عوامل هي: عدد مرات التدعيم، إشباع الدافع، قصر المدة بين حدوث الاستجابة وتدعيمها، وقصر الفترة الزمنية بين المنبه والاستجابة.

فرّق هَلّ بين العادة وبين القوة الفعالة للعادة أو الاستجابة الشرطية التي يستفيد بها الفرد في المواقف المستقبلية. وقد ذكر أن الارتباط الشرطي بين منبه واستجابة مدعمة لا يعني تكوين عادة يمكن أن تصدر في المواقف المستقبلية بنفس القوة، تلك القوة التي تزيد بتكرار التدعيم نظرا لكونه يقلل من تأثير العوامل المؤثرة عليها (عتبة الاستثارة، احتمالية التذبذب، التعميم) والعوامل المعوقة لصدور الاستجابة (الكف الخارجي، الكف الداخلي، الانطفاء).

وقد صاغ هَلّ معادلة لتفسير كيفية تكوين العادة أو الاستجابة المستثارة = قوة تدعيم العادة x الدافع – (الكف التراكمي + الكف الشرطي). ويقصد بالكف التراكمي بكف الاستجابة نتيجة لعامل التعب حيث أن تكرار الاستجابة يؤدي إلى تكوين إعاقة لها. بينما يشير الكف الشرطي إلى العوامل الخارجية التي قد تعوق من إصدار الاستجابة (أو العادة).

ويمكن الرجوع إلى (الغريب ١٩٩٠) لعرض وجهة نظر هَلّ في التعلم تفصيلا.

أسلوب التدريب العكسي لعلاج الخلجات Negative Practice

يعرف ييتس Yates ١٩٦٠ (ييتس، ١٩٨٥؛ في: سويف، ٢٠٠١) الخلجة بأنها استجابة تصدر عن الشخص بشكل قهري – أي دون إرادته– وهي غالبا حركية وليس لها وظيفة توافقية أو تكيفيه. وهي تنشأ أثناء مواجهة الفرد لموقف صدمي، وتكون لها وظيفة توافقية في هذا الموقف حيث تساعد الفرد على تحاشي أو تجنب بعض العناصر المؤذية في الموقف.

وقد أسس ييتس الإجراءات العلاجية للخلجات على نظرية هلّ في التعلم، حيث يدفع العميل إلى ممارسة الخلجة وتكرارها بطريقة إرادية. وبناءا على قانون هلّ السابق الذكر، تتكون عادة عدم ممارسة الخلجة كما يلي:-

الممارسة الإرادية المكثفة للخلجة تنشئ الكف التراكمي (التعب للعضلة المختصة تشريحيا بالخلجة) مما يزيد من قيمة الشق الثاني من معادلة هلّ لتفسير التعلم وبالتالي يتوقف الأداء.

يصاحب توقف الأداء خفض الكف التراكمي مما يؤدي إلى تدعيم توقف الأداء.

مع تكرار هذا التدريب العكسي المكثف تتكون عادة توقف الخلجة.

ويجب عند تطبيق العلاج بالتدريب العكسي أن يتم تحليل الخلجات التي يعاني منها العميل ثم اتباع الوصف التالي:-

يتم إجراء جلستين يوميا، تستغرق كل منها ٤٥ دقيقة أحدهما بمتابعة المعالج النفسي للعميل والأخرى بالمنزل، ويمارس بهما العميل تدريبا عكسيا لكل خلجة (٥) مرات وكل مرة منها عبارة عن دقيقة وبعد كل ممارسة للخلجات جميعها راحة لمدة دقيقة.

يجب استثارة الخلجة بصورة تشبه إلى أقصى درجة الخلجة التلقائية (اللاإرادية).

يجب أن يقوم المعالج بإثارة تركيز انتباه العميل على الخلجة الإرادية لكي يراعي مدي تشابهها مع الخلجة التلقائية.

تكرر استثارة الخلجة ولا يتم التوقف عنها إلا بتعليمات المعالج. وقد لوحظ انخفاض في كمية الخلجات المؤداة إراديا مع التقدم في أيام العلاج.

زيادة مدة الأداء المكثف للخلجة وبالتالي يزداد الكف التراكمي ومن ثم تنخفض بفاعلية كمية أداء الخلجة.

قد يحدث عدم تحسّن العلاج في وقت ما من الجلسات، ويفسر بيتس ذلك بأن منحنى التقدم في العلاج يماثل منحنى التعلم حيث وجود الهضبات من حين لآخر.

يطلب من العميل زيادة شدة الأداء من حين لآخر وهذا أيضا يؤدي إلى زيادة كمية الكف التراكمي ومن ثم سرعة وزيادة التحسّن السلوكي (أي التوقف عن أداء الخلجة). (سويف، ١٩٨٩).

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

تعتبر نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان ب. روتر J. B. Rotter توليفة من توجهين عظيمين في علم النفس الأمريكي وهما: الأول هو توجه المثير – الاستجابة أو نظرية التعزيز، والثاني توجه نظريات علم النفس في الإدراك (Rotter, 1974). وهذا يعني أن مصطلح التعلم الاجتماعي يتضمن قواعد التشريط الكلاسيكي والإجرائي وأيضا القواعد التجريبية لتغيير السلوك المنبثقة من علم النفس الاجتماعي والنمو والعمليات الاجتماعية المؤثرة مثل الإقناع، والتوقع، تغير الاتجاه، والتفاعل الاجتماعي O'Leary & Wilson, 1975).

وقد أحدثت هذه النظرية تكاملا بين السلوك، المعرفة، والدافعية حيث تؤكد على أنماط السلوك المعقد التي يتم تعلمها بفعل متغيرات التوقع (المعرفة) والتعزيز (الدافعية) وذلك لأن الجانب المعرفي الادراكي يفسّر اختيار الفرد لأنماط سلوكية موجودة في رصيده السلوكي وتعميم التوقعات فيقول روتر "من الطبيعي أن كلا من المواقف والتعميم عبر المواقف المختلفة هو الذي يحدد السلوك وأهمية كلا منهما النسبية تتوقف على الخبرات السابقة في كل موقف من المواقف موضع البحث" (فيرز، ١٩٨٦).

ويقوم التعلم الاجتماعي من وجهة نظر روتر على أربعة متغيرات هي: احتمالية السلوك، التوقع، قيمة التعزيز، الموقف السيكولوجي (Rotter, 1974).و تعرّف احتمالية السلوك بإمكانية حدوث أي سلوك في أي موقف (أو مواقف) ارتباطا بأي رمز تعزيزي أو مجموعة من المعززات. ويقصد بالتوقع " احتمالا

ذاتيا يتأثر بكيفية تصنيف الفرد للأحداث والطريقة المتبعة في تعميم الخبرات الشخصية". وقيمة التعزيز هي تعبير نسبي يشير إلى تفضيل الفرد لشيء ما عن آخر وتحدد بالنسبة إلى مجموعة معينة من البدائل درجة تفضيل الفرد ورغبته في الحصول على تعزيز ما إذا كانت فرص الحصول على المعززات الأخرى متساوية. ويقصد بالموقف السيكولوجي هو الإطار الذي يتم به السلوك والطريقة التي يرى بها الفرد ذلك الموقف (إدراك) (فيرز، ١٩٨٦) (Rotter, 1974).

وقد صاغ روتر سبع معادلات مفسرة لمكونات عملية التعلم الاجتماعي (جهد السلوك أو احتمالية السلوك، جهد الحاجة، قيمة التعزيز، والتوقع) (تفصيلا في: فيرز، ١٩٨٦) وتشير تلك المعادلات إلى أهمية توقع حدوث التعزيز في الموقف والناتج من خبرات مواقف سابقة (تعميم) وقيمة ذلك التعزيز والتوقعات بأنه يؤدي إلى تعزيزات أخرى.

علاج اضطراب النهم Obesity

ينشأ اضطراب الشراهة أو النهم من عدد من العوامل منها عوامل وراثية أو فسيولوجية، النشاط الجسماني المبذول، الفترة العمرية لبداية النهم، وأيضا التعلم في المواقف الاجتماعية أحد المحددات الهامة للنهم حيث تشير بعض البحوث إلى وجود علاقة بين النهم والوضع الاجتماعي الاقتصادي وكذلك بين النهم والحراك الاجتماعي social mobility. كما تشير البحوث إلى وجود علاقة بين العوامل الموقفية وبين عادات أو موقف تناول الطعام عند النهمين. (سويف، ١٩٨٧) (O'Leary & Wilson, 1975).

ويتضح مما سبق أن التعلم الاجتماعي والموقف الذي يحدث به سلوك الطعام محدد قوي لسلوك النهم ومن ثم تتضمن خطوات العلاج تنظيما لهذا الموقف وبالتالي المدعمات المتضمنة به (كما يدركها العميل) كما يتضح في الخطوات العلاجية التالية:-

يطلب من العميل عمل تسجيل يومي لكمية الأكل ونوعيته والأوقات والظروف المحيطة به وكذلك تسجيل يومي لوزن الجسم (خط أساس).

يطلب من العميل تسجيل المجالات أو المواقف التي تدفعهم إلى الأكل وذلك تمهيدا إلى وضعهم على نظام مؤداة أن الوجبات لا تؤكل إلا في أوقات وأماكن محددة وموائد محددة أيضا ويمنع تماما الأكل تحت أي ظروف أخرى كما يمنع تماما الاحتفاظ في المنزل بالمواد الغذائية إلا تلك التي تحتاج إلى إعداد معقد قبل أكلها. وهذا يعتبر تنظيما للموقف الذي يصدر به السلوك.

نظرا لأن النهمين يتناولون الطعام أسرع بكثير من غير النهمين، تعطى لهم تعليمات لتحطيم هذه العادة السلوكية (في إطار العلاج السلوكي) بالمضغ البطيء والجيد ولا يبدأن بالاستعداد بوضع طعام آخر في الفم قبل البلع تماما.

يطلب من العميل كتابة قائمة بالمشتريات قبل عمل سلوك الشراء ولا يكون معه من النقود ما يزيد عن حاجته للشراء وذلك تدعيما لسلوك ضبط النفس.

ملاحظة التغيرات في وزن الجسم المتوازية مع تنفيذ البرنامج العلاجي تكون بمثابة تدعيم للسلوك السوي في تناول الطعام إلا أنه قد يكون تدعيما ضعيفا وخاصة في حالات النهم الشديد لذا يجب أن يشجع المعالج العميل لسلوكه السوي (تدعيم اجتماعي) أو يقدم هذا التشجيع من خلال الأفراد المرجعيين أو المهمين بالنسبة للعميل.

قد يستعان أحيانا ببعض تكنيكات التنفير مثل الارتباط الشرطي بين صورة بعض الأطعمة الغنية بالسعرات الحرارية وبين مشاعر الغثيان أو القيء (ارتباط شرطي ضمني) أو بين منبه مؤذي كالصدمات الكهربية على الأطراف (ارتباط شرطي صريح)، وقد يعتبر هذا تدعيما سلبيا. (سويف، ١٩٨٧) .(O'Leary & Wilson, 1975)

رابعاً: التعلم بالملاحظة Observational Learning

يتبنى ألبرت باندورا A. Bandura في نظريته عن التعلم بالملاحظة موقف الحتمية المتبادلة reciprocal determinism والذي يصور التفاعل بين السلوك والمحددات الداخلية للفرد (مثل الدوافع والخبرات) والخارجية (البيئية) كما لو كانت نظاماً متشابكاً من التأثيرات المتبادلة كل على الآخر دون وزن أكبر لإحداها عن العاملين الآخرين. وبناء على هذا الموقف فإن السلوك الإنساني وظيفة للمحددات السابقة المتعلمة واللاحقة المحددة. وتلك المحددات هي مجموعة متغيرات معرفية في طبيعتها تحدث من ملاحظة الإنسان لنتائج سلوكه و/أو سلوك غيره (هولاند وسيجاوا،١٩٨٦).

وتفترض النظرية أن الإنسان قادر على التعلم من خلال ملاحظة سلوك الآخرين (النمذجة). ويرى باندورا أن النمذجة تتحدد بأربع عمليات وهي:-

الانتباه:- حيث ينظم المدخل الحسي وإدراك الحدث النموذج بما يشمله من خصائص جاذبة للانتباه وحوافز والتدعيم المحتمل عند الانتباه للحدث النموذج.

الاحتفاظ:- ويشير إلى الترميز الذي يتم للحدث النموذج لكي يخزن ويتم استخدامه في المواقف المستقبلية.

الاستخراج الحركي:- ويقصد بها إعادة السلوك المنمذج والذي يجب أن يحدث تدعيماً له عند أدائه في سلوك ظاهر (المران) ومن المرغوب أن يقدم التدعيم من النموذج نفسه

الدافعية:- وهي التي تحدد ما إذا كان السلوك أو الاستجابات التي تم اكتسابها عن طريق الملاحظة سوف تؤدى أم لا. وتعتبر هذه العمليات متفاعلة حيث أن الدور الدافعي للحافز هو الذي ييسر العملية الانتباهية ومن ثم عملية الاحتفاظ والأداء السلوكي. (مليكه، ١٩٩٠؛ هولاند وسيجاوا، ١٩٨٦).

كما قرر باندورا أن التعلم الإنساني هو نتاج الاستجابات بما تؤديه من تأثيرات إيجابية، سلبية أو حيادية ومن ثم تسبب الآتي: ١) المعلومات: حيث

تزود الفرد بفرصة لتكوين الفرضيات حول السلوك الإنساني (توقع). ٢) الدافعية: لأن تلك المعلومات قد تكون باعثا لإصدار السلوك. ٣) التعزيز: وهي زيادة أو نقصان تكرار حدوث الاستجابة السابقة وآثار هذه الاستجابات تتوسطها تراكيب معرفية وهي العمليات التي سبق ذكرها في الفقرة السابقة (هولاند وسيجاوا، ١٩٨٦).

العلاج بالنمذجة Modeling Therapy

تقدم النمذجة مواقف يمكن للعميل فيها أن يتعلم سلوك جديد أو الإقلال من سلوك مشكل دون الحاجة إلى الممارسة أو التدعيم المباشر. كما أنها أسلوب فعّال في عرض النماذج السلوكية المعقدة ويمكن استخدامها كأسلوب علاجي فردي وجماعي. وأوضحت الكثير من الخبرات الإكلينيكية والدراسات التجريبية أنه يمكن تعديل السلوك عن طريق النمذجة في مواقف متعددة منها: تعديل الاستجابات للمنبهات في المخاوف المرضية، اكتساب سلوكيات اجتماعية ومعرفية جيدة، تحديد محكات سلوكية مرغوبة من قبل المجتمع للفرد، تعلم مهارات اجتماعية ومهنية جديدة..الخ (مليكه، ١٩٩٠).

وتختلف إجراءات أسلوب النمذجة من موقف علاجي إلى آخر إلا أنها عادة تكون كما يلي:-

تبدأ بأن يقوم المعالج بعرض نماذج سلوكية (مسجلة صوتيا أو مرئيا عن طريق فيلم أو مكتوبة في صورة أوصاف لسلوكيات نوعية سوية أو مرغوبة) يحتاج إليها العميل لاكتساب سلوكيات هي حل لمشكلته.

يستخدم المعالج المحاكاة أي مواقف نموذجية تقلد مختلف جوانب بيئة العميل وهذا يسمح للعميل أن يمارس أنواع السلوك التي يكون بها أقل كفاءة وهذا ييسر من انخفاض استجابات التجنب وإعطاء استجابات الإقبال المطلوبة.

متابعة المعالج لممارسة العميل السلوكيات الجديدة وتدعيمها المنتظم حين ممارسة العميل للسلوك الجديد في مواقف خارج نطاق الموقف العلاجي.

ويفضل أن يكون النموذج في أسلوب النمذجة العلاجي مشابها للعميل من حيث نوع الجنس والعمر. كما تزداد فعالية أسلوب النمذجة حين استخدامه مع أساليب علاجية أخري تتناسب مع السلوكيات المطلوب تعديلها، فلعلاج المخاوف المرضية على سبيل المثال يفضل المزج بين أسلوب النمذجة وأسلوب التسكين المنظم (مليكه،١٩٩٠)

المراجع

١- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٣). العلاج النفسي الحديث. قوة للإنسان. القاهرة: مكتبة مدلولي.

٢- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

٣- إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز، وإبراهيم، رضوى (١٩٩٣) العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته. عالم المعرفة، العدد ١٨٠. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

٤- الغريب، رمزية (١٩٩٠). التعلم: دراسة نفسية – تفسيرية – توجيهية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٥- سويف، مصطفى (١٩٨٩). محاضرات في علم النفس الإكلينيكي. دبلوم علم النفس التطبيقي، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

٦- سويف، مصطفى (٢٠٠١). علم النفس العيادي. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

٧- فيرز، إ. جيري (١٩٨٦). نظرية التعلم الاجتماعي لروتر. في:، ج. م. غازد ا و ر. ج كورسيني، نظريات التعلم: دراسة مقارنة. الجزء الثاني. ترجمة: علي ح. حجاج. عالم المعرفة، العدد ١٠٨.الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

٨- مليكة، لويس (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

٩- بيتس، أوبري (١٩٨٥). تطبيق نظريات التعلم في علاج الخلجات. ترجمة: محيي الدين حسين، في: مصطفى سويف، مرجع في علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار المعارف.

١٠- هولاند، :ك. ج. وسيجاوا، ا. ك. (١٩٨٦)ز التعلم بالملاحظة: باندورا. في:، ج. م. غازد ا و ر. ج كورسيني، نظريات التعلم: دراسة مقارنة. الجزء الثاني. ترجمة: علي ح. حجاج. عالم المعرفة، العدد ١٠٨ .الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

١١- واطسون، ل. س. (١٩٨٨). تعديل سلوك الأطفال. ترجمة محمد فرغلي فراج وسلوى الملا. الكويت: دار الكتاب الحديث.

12- Martin, G. & Pear, J. (1978). Behavior modification: What it is and how to do it. New Jersey: Prentice-Hull.

13-

Application and outcome. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

14- Rotter, J. B. (1974). Social learning theory of personality (SLT). In: W. S. Sahakian, Psychology of Personality.

الفصل الحادي عشر

العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavior Therapy

مقدمة

تتخذ المعرفة من المنظور السلوكي مدلولان مختلفان؛ الأول: تستخدم المعرفة به إشارة إلى الأفكار، التصورات، والسلوك اللفظي المصاحب للوظائف السلوكية المختلة. المدلول الثاني: تستخدم المعرفة به للإشارة إلى العمليات الموجودة داخل الفرد والتي تتوسط أو تسبب السلوك اللاحق لها. ومن هنا قد ينتج نزاع على طبيعة العلاج السلوكي المعرفي فالبعض يرى أنه يجب أن يركز على السلوك المعرفي الظاهر، بينما البعض الآخر يؤكد على أهمية التركيز على فهم التوسط المعرفي cognitive mediation لكي يحدث تحليلاً له دلالته لسلوك الفرد المختل وظيفياً. (Bootzin, 1985)

ولكن يوجد اختلاف بين النظريات عن مفهوم المعرفة؛ فيعرفها إليس Ellis بأنها المبادئ الذاتية والمعتقدات التي هي مضامين ذاتية للعميل. بينما ميّز بيك Beck بين المعارف من حيث هي الأحداث اللفظية أو المرسومة في مجرى الشعور والتي تتسق مع النماذج المستديمة وتشكل التفسيرات الأساسية للمواقف، وهي أيضا التي قد تتعلق بالوعي في شكل تفكير آلي والذي يتوسط بين إدراك الأحداث والناتج الانفعالي وبين المعارف ذات المستوى السطحي التي تشابه المعتقدات اللاعقلانية لدى إليس. (Neimeyer, 1985)

النظرية العقلانية – الانفعالية في الشخصية

أسس هذه النظرية إليس وترى أن الفرد يخلق إلى حد كبير العواقب والاضطرابات الانفعالية لذاته، وأن ذلك به نزعة وراثية مولود بها إلا أنها تقوّى بفعل الإشراط الاجتماعي. ورغما عن ذلك فإن الفرد لديه القدرة على

الفهم الواضح لاعتقاداته الخاطئة ومن ثم لديه القدرة أيضاً على تدريب النفس على تغيير أو حذف تلك المعتقدات أو الأفكار الخاطئة. (مليكه، ١٩٩٠)

وبناء على تلك الفكرة العامة كان تنظير إليس للأحداث المتتابعة والتي أشار إليها بالحروف (A-B-C)، وتشير النقطة (A) إلى الأحداث الحياتية الفعالة والتي لها تأثير على الفرد والتي يعطى لها مدلولها الانفعالي (النقطة B) وهي التي تشير إلى نسق المعتقدات المنطقية واللامنطقية والتي تقود إلى النقطة (C) والتي تشير إلى العواقب ذات الشحنة الانفعالية. ومن هنا فإن السبب الحقيقي لاضطرابات الفرد هي ذاته بما تشمله من أحداث سابقة منشطة (A) وتوسط (الموروث والمتعلم) من المعتقدات (B) أي أن المشكلات النفسية ليست نتيجة ضغوط خارجية ولكن نتاج أفكار لاعقلانية يتمسك بها الشخص (Price & Lynn, 1981; Neimeyer, 1985).

وتستند النظرية إلى الآتي:-

١- أسس فسيولوجية:- حيث يولد الفرد ولديه نزعة إلى الإصرار على أن يحدث كل شيء في حياته على أحسن وجه وإذا لم يحصل على ما يريد فيكون سلوكه طفوليا ورافضا لذاته وللآخرين وكل ما يحيط به، وغير ذلك من السلوك العقلاني والواقعي يمكن فعله ولكن بصعوبة.

٢- الجوانب الاجتماعية:- حيث ترى النظرية أن النضج الانفعالي هو عملية توازن في العلاقات الاجتماعية للآخرين، فمن المهم أن توجد علاقات جيدة بالآخرين ولكن ليس بصورة مبالغ فيها حتى لا يتكون سلوك تخاذل أو معادي للآخر ولكن يكون السلوك عقلانيا وناضجا ومقبولاً.

الجوانب السلوكية:- وتشير هذه الجوانب في النظرية على إصرار الفرد على أن يسلك بصورة لا عقلانية ومثالية حيث يسيطر على السلوك "يجب" و"يتحتم" ... الخ والتي قد لا تتناسب مع الواقع الامبريقي ومن هنا يقع الفرد في دائرة مفرغة متزايدة الاتساع من الأحداث المنشطة (A) التي تتحول إلى عواقب (C) بفعل الاعتقاد الخاطئ (B)، ثم ما تلبث أن تتحول العواقب إلى أحداث منشطة ... وهكذا (مليكه، ١٩٩٠)

العلاج السلوكي المعرفي

كمعظم أشكال العلاج النفسي، تعديل السلوك المعرفي أو العلاج السلوكي المعرفي هو نتاج عملية التطور وكجزء من طابع العصر العقلي zeitgeist والذي أطلق عليه ديمبر Dember عام ١٩٧٤ "الثورة المعرفية cognitive revolution". وكانت كتابات كل من ألبرت إليس وآرون بيك وأرنولد وريتشارد لازاروس A. & R. Lazarus الأثر في إلقاء الضوء على دور عمليتي المعرفة والوجدان في الأعراض المرضية وفي عملية تغيّر السلوك. وقد حفز على نمو العلاج السلوكي المعرفي الآتي:-

تزايد عدم الرضا على كل من الأسس الامبريقية والنظرية للمنحى العلاجي السلوكي الصارم، مما أدى ببعض العلماء (مثل برجر وماك جوف Breger & McGaugh ١٩٦٥ وبريور Brewer ١٩٧٤و ماك كيتشي McKeachie ١٩٧٤ وماهوني Mahoney وميتشنباوم Meuchenbaum) إلى طرح تساؤل عن مدى فاعلية تفسيرات نظرية التعلم في كل من الأعراض المرضية والتغيّر السلوكي.

أوضحت النتائج الأولية للمعالجين المعرفيين مثل آرون بيك ١٩٧٠ وإليس ١٩٦٢ بشائر لنجاح تدخلاتهم العلاجية. (Meichenbaum, 1993)

ومع ذلك فقد ظهر العلاج السلوكي المعرفي أو تعديل السلوك المعرفي كأحدث تطور داخل نطاق ما يسمى بالعلاج السلوكي ومن الصعب تقييم هذا التطور لأنه يشتمل على وجهات مفاهيمية conceptual views مختلفة وتكنيكات علاجية متنوعة. ويفترض أساليب العلاج السلوكي المعرفي أن الاضطرابات الانفعالية هي دالة أنماط فكرية غير تكيفيه وأن مهمة العلاج هي إعادة بناء هذه المعارف. وقد أظهر العلاج السلوكي المعرفي مدى واسع من التكنيكات، بعضها مستقلاً عن العلاج السلوكي والبعض الآخر هو إعادة تكوين المعرفة أو إجراءات علاجية متنوعة يشيع استخدامها بين المعالجين السلوكيين. وقد عرّف ماهوني وأرنكوف Mahoney & Arnkoff ١٩٧٨ ثلاثة أشكال من العلاج السلوكي المعرفي: أساليب إعادة البناء المعرفي، إجراءات المهارات التكيفيه،

وأسلوب حل المشكلة (cited in: Rachman & Wilson, 1980). وسوف يعرض تفصيلاً فيما بعد أساليب إعادة البناء المعرفي.

ترجع أساليب العلاج السلوكي المعرفية إلى ثلاث نظريات هامة لكل من كيللي Kelly، بيك Beck وإليس Ellis. وهذه النظريات الثلاثة ترفض نظرية التحليل النفسي ورفض الدور الدينامي اللاشعوري (بالرغم من نفوذ المعرفة التي قد تتاح على مستوى منخفض من الوعي) وتنسب السلوكيات الحالية إلى المعرفة وليس الأسباب الماضية. ويهتم العلاج السلوكي المعرفي عامة بعقلية العميل حيث البحث المنطقي والامبريقي لخلل الوظائف المعرفية، وتهدف التدخلات العلاجية به إلى تغيير الأخطاء المعرفية كزيادة التعميم والذاتية كنتيجة غير منطقية لموقف ما تقود إلى الاضطرابات المعرفية (Neimeyer, 1985). وذلك يعني أن العلاج السلوكي المعرفي يسلم بأن كثيرا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد إلى حد كبير على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن البيئة المحيطة به (إبراهيم، ١٩٩٤)، وهي متعلمة، كما تعتبر المتغيرات الحاسمة التي يجب أن يتم التدخل العلاجي لتعديلها أو إزالتها تماما لكي سكون الأسلوب العلاجي فعالاً (مليكه، ١٩٩٠) ومن هنا فإن البرامج العلاجية المعرفية مصممة لتساعد العميل على أن يصبح واعيا بما يدور معرفيا داخله وتعلمه كيف يلاحظ ويلتقط ويراقب ويعترض سلاسل المعرفة – الوجدان – السلوك لإصدار استجابات أكثر تكيفا ومواءمة، كما يتم مساعدة المعالج للعميل في التعرف على المواقف المرتفعة في درجة المخاطرة لكي يستعد لها ويتعامل مع الفشل إذا حدث، وعند حدوث نتائج إيجابية يشجع العميل لعزو كل التغييرات إلى ذاته (Meichenbaum, 1993).

أولاً :– العلاج العقلاني الانفعالي Rational - Emotional Therapy (RET)

قد مارس إليس – أول مَن قدم العلاج السلوكي المعرفي – العلاج بالتحليل النفسي من أواخر الأربعينات إلى أوائل الخمسينات، وتوصل إلى أن الفرد قد يصل إلى استبصار العلاقة بين أعراضه المرضية وبين أحداث الطفولة إلا أنهم من النادر أن يتخلصوا من أعراضهم، بل إذا تخلص منها يكون لديه

التوجه لتكوين أعراض جديدة ... وهكذا. ومن هنا توصل إلى أن سبب الأعراض المرضية يكمن في الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي تؤدى إلى اختلالات ادراكية ومعارف خاطئة كردود فعل لمنبهات عادية. وبالتالي كان إليس أول مّن طرح هذا الأسلوب العلاجي.(مليكه،١٩٩٠؛ Hartley & Strupp, 1980). كما أكد إليس ١٩٧٣ على أهمية منهج الاستدلال المنطقي كقاعدة للصحة العقلية، فالفرد الذي ينحو المنهج العلمي في تفكيره عن نفسه وعن العالم المحيط به لا توجد لديه أي مشاكل انفعالية (Neimeyer, 1985).و يحاول المعالج من خلال العلاج العقلاني – الانفعالي إعادة بناء أنماط التفكير غير التكيفية maladaptive لدى العميل لتناسب الواقع والأهداف الممكن إدراكها وتعيد مشاعر قيمة الذات. وبالتالي فالمهمة الأكثر صعوبة لدى المعالج هنا هي تصميم أفضل منحى لتعليم العميل إعادة بناء المواقف لتكون أكثر عقلانية، وذلك يتطلب من قِبل المعالج استكشافات لمّاحة لها اعتبارها (أي طريقة يفهمها العميل بسهولة) وأيضا سلسة من التدريبات السلوكية لنمو استراتيجيات عقلية جديدة. وعندما تختل مهارة العميل في فعل ذلك يتم إعاقة استبعاد المعتقدات اللاعقلانية لدية ومن ثم فإن لعب الدور والتدريب التوكيدي من الأساليب المطلوبة لمساعدة في تكوين تلك المهارة وأيضا التدريب على أسلوب حل المشكلات. (Franks & Abrams, 1980)

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي كأي علاج نفسي إلى الإقلال من المعاناة النفسية والاضطرابات النفسية والقدرة على حل المشكلات الحياتية وبالتالي إلى التبصّر إلى ثلاثة مراحل هي: ١) فهم العميل لذاته وبما تحتويه من أسباب سابقة من معتقدات خاطئة وليس في الأحداث الحياتية الفعالة؛ ٢) يجب أن يتبصّر العميل بأنه جعل نفسه مضطربا في الماضي وما زال يمارس نفس سلوكياته في الحاضر من خلال نفس معتقداته الخاطئة والتي يدعمها بسلوكياته النشطة الحاضرة؛ ٣) الوصول إلى اعتراف العميل إلى أن توجهه للتفكير الخاطئ الذي أدى إلى اضطرابه الانفعالي واستمراره في فرض تلك المعتقدات الخاطئة يؤدي إلى مزيد من الاضطراب ولذلك يجب علية أن يصحح تلك المعتقدات الخاطئة، ويعتبر هذا ليس باليسير لأنه يحتاج لمران صعب ومستمر.

وكل هذا يعني إعادة بناء الفرد لفلسفته الحياتية بصورة شاملة أو ما هو أقل من ذلك بتعديل بناءات معرفية معينة . وتشمل الفلسفة الحياتية الجديدة من وجهة نظر إليس إلى:-

- رغبات معقولة لدى الفرد.
- تقبل الفرد لذاته.
- اتجاهات غير معادية أو سلبية أو ناقدة نحو الآخرين.
- قبول الفرد للواقع الذي لا يمكنه تغييره.
- تسامح وتساهل مع الآخرين والذات دون الشعور بالضيق أو الإحباط أو التذمر
- إرادة الفرد لكي يحسن من الظروف الحياتية ورغبته في زيادة متعته الشخصية. (مليكه، ١٩٩٠).

ولكي يتحقق هدف العلاج العقلاني الانفعالي لابد من كسر الدائرة المفرغة (ABC-A...) وذلك من خلال المرحلتين اللتين أشار إليهما إليس بالرمزين -D (E، حيث تشير (D) إلى إنكار المعتقدات الخاطئة واللاعقلانية واستبدالها بأخرى موافقة للعقل، والتأثيرات السلوكية للاعتراض على تلك المعتقدات يمكن أن تغيّر أو تكسر الدائرة وهذا ما يشير إليه إليس بالرمز (E) (Hartley & Strupp, 1980).

معدّل جلسات العلاج العقلاني - الانفعالي هو جلسة واحدة أسبوعيا و يتراوح العدد الإجمالي لها من (٥) إلى (٥٠) جلسة، وغالبا ما تكون الجلسات فردية في العيادة (و يمكن أن تكون بصورة جماعية) ولا يأخذ المعالج الوضع الرسمي مع العميل (أي لا يفصل بينهما مكتب). وتبدأ الجلسة عادة بأن يذكر العميل أكثر المشاعر التي تمثل له اضطرابا وذلك خلال فترة الأسبوع الذي يسبق الجلسة (C)، ثم يحاول المعالج أن يكتشف الأحداث التي تسبق تلك المشاعر والتي تمثل الأحداث المنشطة (A) وأيضا يعرّف العميل معتقداته

العقلانية (rB) واللاعقلانية (iB) المتعلقة بالأحداث المنشطة ومساعدة العميل في تكوين المعتقدات المناقضة (D). (مليكه، ١٩٩٠)

ويتضمن العلاج العقلاني – الانفعالي تكنيكات سلوكية في صورة عمل منزلي لتشجيع العميل تدريجياً على التغلب على صعوباته من مخاوف وقلق، كما يؤكد على التنفيس الانفعالي ويشجع العملاء على التعبير عن مشاعرهم وتقديرهم ورضاهم عن ذاتهم دون الاهتمام بوجهات نظر الآخرين. (Hartley & Strupp, 1980). وأيضا لتشجيع العميل على المحاولة لتكوين معتقدات مناقضة لتلك اللاعقلانية. ثم يحاول المعالج في الجلسة التالية من خلال تقرير العميل عن العمل المنزلي معرفة عما إذا كان قد حاول تطبيق العلاج العقلاني – الانفعالي أم لا. وهذه الواجبات المنزلية تعطي الفرصة للعميل في أن يكتسب فلسفة حياتية جديدة تتسم بالتسامح والتحرر من المشاعر المضطربة. (مليكة ١٩٩٠).

ويسير العلاج العقلاني – الانفعالي وفق الخطوات التالية (و هي ليست ثابتة):-

– إقناع العميل بالأفكار الفلسفية للعلاج.

– التعرف على الأفكار والمعتقدات غير المنطقية والتي تسيطر على سلوكيات العميل.

– يقوم المعالج بمحولة التغيير المباشر لتلك الأفكار والمعتقدات وذلك بإعطائه للعميل نماذج منطقية لإعادة تفسيرات الأحداث المقلقة لديه.

– تكرار هذه التفسيرات بهدف استبدال اللامنطقي منها بتقرير ذاتي منطقي.

– يطلب من العميل مهام سلوكية – كواجب منزلي– تتضمن نمو ردود الأفعال المنطقية.(as cited in in: Rachman & Wilson, 1980) .

ثانياً:- التدريب على تعليم الذات Self-Instructional Training (SIT)

الشكل الثاني لإعادة البناء المعرفي هو التدريب على تعليم الذات والذي قام بتطويره دونالد ميتشنباوم D. Meichenbaum ١٩٧٧. وينحدر هذا المنحى من مصدرين أساسيين هما:- ١) العلاج العقلاني - الانفعالي لإليس، ٢) دراسات لوريا Luria ١٩٦١ على النمو الناتج عن نمو الحديث الداخلي internal speech الأطفال وتحكم في الرمز اللفظي على سلوكهم.. وبناءا على التحليل هذا، يكون سلوك الأطفال منظم في البداية من خلال تعليمات وتوجيهات الناس الآخرون، وبالتالي فهم يحتاجون ضبط سلوكهم من خلال استخدام توجيهات ظاهرية للذات. (as cited in in: Rachman & Wilson, 1980).

ويتم منهج ميتشنباوم العلاجي - التدريب على تعليم الذات - تعليم العملاء على إعاقة سلوكياتهم غير التكيفية وإنتاج إستراتيجيات وسلوكيات متناسبة مع الموقف والمهمة المتطلبة منه. ويتضمن مجموعة من مكونات العلاج السلوكي مثل النمذجة المعرفية (التي يقوم بها المعالج)، المهام المتدرجة، تمرينات محددة على مهام تدريبية يتم اختيارها بعناية، الاستظهار الظاهري والداخلي، والتدعيم الذاتي أو التغذية الراجعة للأداء. (مليكه، ١٩٩٠، ٢٤٥) (Bellack & Hersen, 1985, 195).

يهدف المعالج النفسي الممارس لمنهج "التدريب على تعليم الذات" إلى تعليم العميل كيف يراقب ذاته Self- Monitoring، يستجوِب ذاته Self-interrogate، وتقييم ذاته لسلوكياته، أي يتعلم العميل "أن يفكر قبل أن يفعل".
(Bellack & Hersen, 1985, 196)

ولكي يتحقق هدف منهج " التدريب على تعليم الذات" يستلزم اتباع الخطوات التالية:-

- تدريب العميل على تحديد الأفكار غير التكيفية لديه ويكون واعيا بها (كشف الذات).

- يحدد المعالج - من خلال معرفة مشكلة العميل- التعبيرات الذاتية الإيجابية أو المرغوبة التي يرغب في زيادتها لدي العميل.

- يؤدي المعالج مهمة أو السلوك الهدف (نمذجة معرفية) وهو يتحدث بصوت مرتفع كتعليمات للذات.

- يؤدي العميل نفس المهمة تحت توجيه وتعليمات النموذج (تعليمات ظاهرية، توجيه خارجي).

- يؤدي العميل المهمة بينما يقول التعليمات لنفسه بصوت عالي (توجيه ذاتي). ثم يكرر المهمة مع الهمس بالتعليمات لنفسه أيضاً (تضاؤل تدريجي للتوجيه الظاهري).

- يؤدي العميل المهمة بينما توجيه الأداء يكون داخليا (تعليمات ذاتية خفية covert self-instruction)

قد تتضمن إجراءات التدريب على تعليم الذات إصدار أوامر من قِبل المعالج بوقف الأفكار الغير مرغوبة أثناء انسيابها وانغماس العميل بها ثم بعد ذلك تتم هذه الأوامر من قبل العميل لنفسه (أوامر ذاتية). (as cited in in: Rachman & Wilson, 1980, Bellack & Hersen, 1985, 196) (مليكه، ١٩٩٠)

وقد اشتق التدريب على تعليم الذات جزئيا من العلاج العقلاني - الانفعالي لإليس ويوجد أوجه شبه هامة بين المنحيين كما يوجد بعض الفروق في الإجراءات والمفاهيم. وقد أوضح ماهوني وأرنكوف Mahoney & Arnkoff ١٩٧٨ هذه الفروق فيما يلي:- " كل من العلاج العقلاني - الانفعالي والتدريب على تعليم الذات يؤكدان على أهمية كشف الذات بأنماط التفكير في السلوك التكيفي وغير التكيفي. ومع ذلك يوجد فرق هام في تكنيك وبؤرة اهتمام كل منهما وهي:-

حيث يميل إليس إلى التركيز على توجهه 'جوهر الأفكار اللاعقلانية' يهتم ميتشنباوم بما أسماه أنماط التفكير الخاصة idiosyncratic thought patterns.

ويعتبر التدريب على تعليم الذات مجموعة (رزمة) package أكثر تجانسا حيث تتكون من عناصر : إزالة الحساسية، النمذجة المعرفية، تكرار السلوك. ويلاحظ على وجه الخصوص وجود حقيقة أن هذا المنحى يؤكد على مهارات المجابهة coping skills للتعامل مع المواقف المشكلة، بينما يهتم العلاج العقلاني – الانفعالي بهدم المعتقدات غير التكيفية والتي يستأصلها التدريب على تعليم الذات بمرحلة نمو المهارات.

يبرز العلاج العقلاني – الانفعالي المنطقية في التفكير والاعتقاد أن المنطقية ترادف التكيف، بينما يؤكد التدريب على تعليم الذات على التكيف adaptiveness وبدائل بنائه، لذلك يفترض العلاج العقلاني – الانفعالي فروقا بين الأسوياء والمضطربين في التفكير بينما معالج التدريب على تعليم الذات يؤكد أكثر على الطرق الفردية في مجابهة تلك الأفكار (و هذا ما أسماه ميتشنباوم التواصل الشخصي personal communication). وبعبارة أخرى لا يحتوي أو لا يتوقف على المعتقدات اللاعقلانية التي تميز بين الأسوياء ومّن لديهم اضطرابات ولكنه يقصد تعليم المواءمة مع هذه المعتقدات.

يتناقض أسلوب إليس إجرائيا الذي يواجه مباشرة الأفكار اللاعقلانية للعميل مع أسلوب ميتشنباوم الذي يتبنى المنحى السقراطي Socratic approach والذي يكون العلاج به عبارة عن نظام يكشف به العميل عن نفسه في عدم مواءمة وتشوه التفكير لديه، ويقوم العلاج بمساعدته على التعرف والوعي بالأفكار الذاتية من خلال تحسّن استراتيجي معتدل للتدخل العلاجي. (as cited in in: Rachman & Wilson, 1980)

ثالثا:- العلاج السلوكي المعرفي لبيك Beck's Cognitive therapy

استمد بيك أسلوبه في العلاج المعرفي من عدة مصادر ومناحي نظرية من أهمها ما يلي:-

المنهج الفينومينولوجي (الظاهراتي) Phenomenological method في مجال علم النفس، وهو يركز على أهمية دور نظرة الفرد لذاته وعالمه الخاص في تحديد سلوكه.

النظرية البنيوية لكانت ونظرية الأعماق لفرويد ووجهة نظره في هيراركية البناء المعرفي من حيث العمليات الأولية - عمليات عقلية تحدث في الهو ويعتقد فرويد بأنها لاشعورية وغير منطقية ولا تعتمد على الواقع ويسيطر عليها مبدأ اللذة (Sutherland, 1989)- والعمليات الثانوية وهي تلك العمليات التي تحدث في الأنا أي شعورية.(Sutherland, 1989) .

إسهامات علم النفس المعرفي وخاصة مفهوم الأبنية المعرفية والمعالجة المعرفية اللاشعورية للمعلومات.

استعان بيك في صياغة الأسئلة بأسلوب روجرز في علاجه المتمركز حول العميل.

استعان بيك أيضا بمنهج ليون سول التحليلي في الكشف عن العناصر المشتركة في استجابات العميل الانفعالية وأيضاً مفهوم المعرفة ما قبل الشعورية.

تأثر بيك بالتعديل السلوكي في بناء المقابلة وإعداد جدول الأعمال وصياغة المشكلات بصورة إجرائية واختبار أساليب حل المشكلات وتحديد الواجبات التي يقوم بها العميل خارج نطاق الجلسة العلاجية. (مليكه، ١٩٩٠)

يقوم أسلوب بيك العلاجي على أسس نظرية فحواها أنه يوجد لدى الفرد أبنية معرفية ثابتة وقد أسماها بيك "مخططات معرفية schemas" وهي التي تحدد كيف يسلك الفرد وكيف يشعر، وتعتبر الأحداث اللفظية والمصورة في شعور الفرد مستمدة من اعتقاداته واتجاهاته وافتراضاته المتضمنة في المخططات المعرفية. وبالتالي فإن الاضطرابات السيكولوجية هي نتاج أخطاء معينة في عادات التفكير أو المعرفة مما يؤدي إلى تفسيرات خاطئة للمواقف المشكلة أو الإنعصابية. (مليكه، ١٩٩٠). ويمكن توضيح ذلك تفصيلاً في النقاط التالية:-

المخططات المعرفية للفرد تحدد كيف يشعر ويسلك. وتكون هذه المخططات في حالات الاضطرابات (مثل الاكتئاب والقلق) منشطة بقدر زائد

مما يستثير مضامين معرفية ووجدانيات معينة كما في الخبرة العادية ولكنها أكثر شدة.

تفسير العميل لموقف المشقة stressor عملية نشطة ومستمرة يقدر بها الفرد موقف المشقة من حيث خطورته، ويحدد من خلال بنيانه المعرفي كيف تكون التعبئة السلوكية للفعل (بما يتضمنه من قلق) بالهرب من الموقف أو الاقتراب منه ومواجهته وأي كان السلوك فذلك يتضمن وجدانيات قلق وغضب وحب ...الخ يختلف الأفراد في أنماط مواقف المشقة التي تثير حساسيتهم لها، ولذا فان ما يعتبر مشقة لفرد ما لا يعتبر كذلك لفرد آخر، وذلك يفسر في ضوء الفروق في بناء الشخصية، فيختلف الأفراد الذين يميلون إلى الاستقلالية في نمط المواقف الحساسة لهم عن هؤلاء الذين يميلون إلى الاجتماعية.

يؤدي تعرض الفرد للمشقة إلى خلل في التنظيم المعرفي مما يجعله يميل إلى إصدار أحكام متطرفة وحادة وشاذة وذلك لانخفاض القدرة على التركيز والاستدعاء والاستدلال المنطقي.

يزداد نشاط الميكانزمات المرتبطة بالاضطرابات السيكولوجية بناء على التفاعل مع الآخرين من خلال دائرة مفرغة من الاستجابات غير التكيفية والتي تؤدي إلى نمط معرفي متمركز حول الذات. (Beck, 1985)

يسعى علاج بيك (خاصة في الاكتئاب أحادي القطب) إلى تحديد ثم تعديل المعارف غير التكيفية والمختلة وظيفيا (المعارف الخاصة). ويتم التركيز على التشوهات الادراكية واتجاهات العميل غير الواقعية ومحتوي التفكير غير المنطقي للعميل وتوضيحها للعميل لكي يتم رؤيتها بطريقة موضوعية، كما يوضح للعميل المواقف التي قد يظهر بها تلك المعارف الخاصة ويتم إعداده لكيفية مواجهتها في ضوء القواعد المنطقية. كما يوجه العلاج نحو تعديل المعتقدات الخاطئة الخاصة بالعميل عن ذاته وعالمه المحيط به والتي تشكل مشاعر لوم الذات والتقدير السلبي لها. (في: إسماعيل، ١٩٩٢)

ويتم تدريب العميل لمساعدته على التفكير بواقعية أو موضوعية وعلى أن يتسم تفكيره بالنظرة الإيجابية نحو الذات على الأتي:-

مراقبته لما لديه من أفكار إيجابية وسلبية عن الذات والعالم.

تحديد الأفكار غير المنطقية والأفكار المؤدية للمشاعر الإكتئابية وتفحص الدليل الذي يدحضها

إبدال التفسيرات السلبية – الاكتئابية– لدى العميل بأخرى إيجابية.

ويتم ما سبق في فترة قياسية عبارة عن (١٥) جلسة تمتد على مدى (١٢) أسبوعا، ويطلب من العميل عمل واجبات منزلية تساعده في التعرف على المعارف السلبية وكيفية الاستجابة لها وأن يتدرب لكي يتقن المهارات المعرفية التي اكتسبها من خلال الجلسات العلاجية ومن ثم حسين إعادة البناء المعرفي بما يتضمنه من تفسيرات وتنبؤات سلبية خاطئة (Beck, 1985)

ويمكن إيجاز الخطوات العلاجية لأسلوب بيك المعرفي كما يلي:-

عمل قياسات خط الأساس لشدة الأعراض المرضية (الاكتئاب) وتحديد الاتجاهات المعرفية المختلة والأفكار اللاعقلانية للعميل والتي يتحدد من خلالها مسببات الأعراض التي يتطلب تعديلها.

يحدد المعالج عدد من الأنشطة والسلوكيات التي يقوم بها العميل في صورة واجبات منزلية (متدرجة من حيث الكم والصعوبة وبالتالي مقسمة إلى أعمل فرعية)، ويشجعه عند القيام بها ويدعمه عند القيام بأي عمل فرعي حتى يبرز لدى العميل الإحساس بكفاءة الذات.

٣- تقييم العميل الذاتي – مراقبة الذات – على متصل من (١) إلى (١٠) نقطة وذلك لتقييم حالته المزاجية ومدى إنجازه في الأنشطة التي قام بها ومدى شعوره بالمتعة بها مما يؤدى بالعميل إلى إدراك أنه يخفض من تقديره لذاته.

يوضح المعالج للعميل العلاقة بين الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية و الإدراكات المشوهة و بين الحالة المزاجية التقييم السلبي للذات وذلك من خلال نتيجة واجب منزلي سابق يطلب به من العميل تسجيل يومي للأفكار غير التكيفية التي توجد قبل الموقف المشكل المرتبط – ظاهريا– بالاضطراب.

نقد تلك الأفكار والمعتقدات الخاطئة وتعديلها بالأخرى العقلانية والمنطقية ومساعدة العميل على أن يفسر المواقف المشكلة المسببة لأعراضه المرضية بوجهات نظر بديلة دقيقة ومن ثم خفض تلك الأعراض.

تنمية أنماط تفكير أكثر ملاءمة لدى العميل من خلال تنمية التفكير الناقد للأفكار اللاعقلانية وأيضاً الربط بين تلك الأنماط وبين تحسّن الحالة المزاجية مما يؤدي إلى تدعيمها وبالتالي استخدامها بعد انتهاء العلاج للتغلب على أي اضطراب انفعالي يحدث للعميل. (Young, Beck & Weinberger, 1993) (إسماعيل، ١٩٩٣).

تعديل السلوك بمعلومات تحت العتبة الإدراكية (دون مستوى الوعي)

الإدراك دون مستوى الوعي (تحت العتبة الادراكية)

الإدراك غالبا ما يكون فعلاً شعورياً. فوعي الفرد بما يراه، يسمعه، يتذوقه، يشمه، ويشعر به، يسمح له بوصف خبرته للآخرين والتخطيط لأفعاله استجابة لتلك الأحداث التي تدور حوله. ولكن في نهاية القرن الـــ ١٩ اهتم السيكولوجيين والفلاسفة بإمكانية الإدراك اللاشعوري non-conscious perception أو الإدراك بدون وعي perception without awareness وهو إمكانية أن تكون الأحداث البيئية لها تأثير على خبرة، تفكير، وسلوك الفرد حتى رغم أنه يستقبلها دون مستوى الشعور (Kihlstrom, Barnhardt & Tataryn, 1992).

وأولى الدلائل المعملية عن ذلك النمط الادراكي كانت للفيلسوف بيرس C. S. Pierce وتلميذه جوزيف جاسترو Joseph Jastrow بجامعة جونز هوبكنز Johns Hopkins University عام ١٨٨٤. وقد اهتم بيرس بإمكانية ملاحظة الفرق السيكوفيزيقي وأراد معرفة ماذا يحدث إذا كانت الفروق بين المثيرات تنخفض تحت ما وصفه فيبر وفخنر Weber & Fechner بالعتبة الفسيولوجية physiological threshold. وقد أجريا تجربة – كانا هما المفحوصين أيضاً – للاختيار بين مستويين من الضغط والحكم أيهما أكثر ثقلاً من الآخر – الفرق

بينهما تحت مستوي الوعي – وكانت مستويات الثقة لأحكامهم علي متصل من (صفر) إلى (٣)، وانتهيا إلى وجود أحكام صحيحة بدرجة دالة مما يؤكد تأثير المنبهات دون مستوى الوعي على استجابة الفرد (الأحكام). ومن ثم فالإدراك تحت العتبة الإدراكية subliminal perception تعني ما أسماه تشيزمان وميريكل Cheesman & Merikle العتبة الذاتية subjective threshold: "مستوي الملاحظة عندما يكون الفرد ليس لديه القدرة للتمييز الإدراكي للمعلومات أفضل من مستوى الصدفة" (Kihlstrom, Barnhardt & Tataryn, 1992).

وقد عرّف ديكسون (Dixon, 1971) مفهوم تحت العتبة الإدراكية "انه قدرة الفرد على الإستجابة إلى منبهات رغم وقوعها تحت عتبة الوعي". ونظراً لعدم إجرائية مفهوم الوعي وتداخل التعريف السابق مع مفاهيم الدفاع الإدراكي والتمييز بدون وعي ولإدراك غير الشعوري (تفصيل ا في: خليل، ١٩٨٩) اتخذت كاتبة هذه السطور في دراساتها (١٩٨٩؛ ١٩٩٤) (Khalil, 1994) تعريفا إجرائيا وهو "وقوع المثير في المستوى الذي يقرر الفرد عنده أنه لا يعي أي إثارة ".

وقد قرر ديكسون (Dixon, 1971) الحالات التي يطلق عليها إدراكا تحت العتبة الإدراكية فيما يلي:-

استجابة الفرد لتنبيه مستمر يقع تحت المستوى الذي يقرر الفرد بأنه مستوى وعيه وهذا تبعاً لتحديد عتبة الإدراك مسبقاً.

استجابة الفرد لمثير ما بينما يكون في لاوعي تام.

تقرير الفرد بوجود الإثارة ولكنه ينكر أي وعي (أي معرفة) بماهية المثير

تقرير الفرد بوعيه للمثير مثل إمكانه وصف شيء ما إذا سئل عن ذلك ولكنه ينكر وعيه بحقيقة الاستجابة له.

تقرير الفرد بوعيه لكل من المثير والاستجابة ولكنه لا يعي الارتباط بينهما.

وعي الفرد بالاستجابة للمثير ولكنه لا يعي وجهه المثير التي وجهت الاستجابة.

الأسس الفسيولوجية لأثر المعلومات تحت العتبة الإدراكية:-

يرى ديكسون ١٩٦٦ أن ظاهرة الدفاع الإدراكي - وهي رد الفعل الفسيولوجي لمثيرات ذات شحنة وجدانية تخت العتبة الإدراكية - يعتمد على تيسير أو كف استجابة التنشيط الشبكي كدالة لتمييز المدخلات التي ما قبل الوعي pre-awareness على المستوى اللحائي. وقد انتهى شيفرن ورينك Shevrine & Rennick ١٩٦٧ أن المنبهات تحت العتبة الإدراكية التي تؤثر على السلوك ما هي إلا وسيلة لتعديل الاستجابة الكهربية اللحائية حيث يحدث انخفاضا دالاً لسعة مكونات الموجة بيتا (١٤ دورة/ث، وتزيد في الأقطاب الجبهية عند رسم المخ الكهربي وتزداد في حالة التوتر والقلق الشديد) للطاقة الكهربية المثارة. ومن هنا قرر ديكسون أن المثير تحت العتبة الإدراكية يؤدي إلى إصدار استجابة لحائية وهذا يعني أن مثيرا ما قد يُظهر نشاطا يتداخل مع الاستجابة النيوروكهربية المصدرة لتلازمها لمثير فوق العتبة الإدراكية (في: خليل، ١٩٨٩).

وقد انتهت دراسة بجليتر، جروس، كايزن Begleiter; Gross & Kissin ١٩٦٧ التي اهتمت بمدى تأثير المعنى ذو الشحنة الوجدانية المعروض تحت العتبة الإدراكية على الاستجابة البصرية المصدرة، اتضح أن كمون وسعة الاستجابات المصدرة قد تأثرت بالشحنة الوجدانية للكلمات المثيرة، وأن سعة الاستجابات للمثيرات السلبية والإيجابية وجدانيا كانت منخفضة بدرجة دالة عن تلك الخاصة بالمثيرات الحيادية، كما انتهت الدراسة إلى أن فترة كمون الاستجابات للمثيرات السلبية أقصر عن الفترة الخاصة بالمثيرات الإيجابية أو الحيادية. وهذا يعني معني المثير يحدد كمون وشكل الاستجابة كما أن عدم الوعي بها لا يعوق ذلك التأثير النيوروفسيولوجي والسلوكي. وفسر هارتلي Hartley هذه النتائج بحدوث كف في جهاز الاستثارة ناتج عن تمييز لحائي لهذا النمط من المثيرات (في: خليل، ١٩٨٩).

إجراءات تعديل السلوك بمعلومات تحت العتبة الإدراكية:-

صممت معظم الدراسات في مجال علاج الاضطرابات النفسية اعتمادا على مفاهيم منحى التحليل النفسي وتأثير النشاط السكوديناميي تحت العتبة الإدراكية - خاصة البصرية - على العلاقة بين الأعراض المرضية والصراعات اللاشعورية. وكانت الطريقة العامة لتصميم تلك الدراسات هي أن تعرض مثيرات مرتبطة بالصراع اللاشعوري على تاكستوسكوب بمستوى تحت العتبة الإدراكية (و ذلك بالتحكم في سرعة ودرجة نصوع المثير) بالإضافة إلى مثيرات حيادية، وقد تكون هذه المثيرات لفظية أو مصورة. وانتهت نتائج معظم الدراسات إلى أن تلك المعلومات تحت العتبة الإدراكية تزيد أو تخفض من الأعراض المرضية تبعاً لمحتواها (Silverman, Ross, Adler & Lustig , 1978). فإذا كان هذا المحتوى يزيد من الصراع اللاشعوري [مثل المنبهات العدوانية أو الجنس مع المحارم] فيؤدي إلى زيادة الأعراض المرضية بينما إذا كان المحتوي يخفض من هذا الصراع [و من أمثلة تلك المنبهات الأكثر شيوعا في الاستخدام مثيرات التوحد symbiotic مع الأم أو الأب تبعا لنوع الجنس للعميل (MOMEY/DAD AND I ARE ONE)] عندئذ تنخفض حدة الأعراض المرضية ومن أمثلة هذه الدراسات أراي Arey ١٩٦٠، ليتر Leiter ١٩٧٤، سيلفرمان وبرونشتين ومندلسون Silverman, Bronstein & Mendelsohn ١٩٧٩، مندلسون وسيلفرمان Mendelsohn & Silverman ١٩٨٣ (في: خليل، ١٩٨٩؛ ١٩٩٤)

بينما يوجد توجه آخر - وهو الذي تتبناه الكاتبة - حيث يتخذ تعديل السلوك بالمعلومات تحت العتبة الإدراكية نفس منطق العلاج السلوكي المعرفي عامة من حيث محاولته تعديل الأفكار غير المنطقية بأخرى مناقضة لها معروضة دون مستوى الوعي مما يجعل محاولة الفرد لمقاومتها ضعيفة بل تكاد تكون معدومة. ويتم بالخطوات التالية (خليل، ١٩٨٩؛ ١٩٩٤):-

يتم رصد وتسجيل عينة من سلوكيات العميل والأفكار غير المنطقية المسيطرة عليه (الضلالات المسيطرة على تفكيره على سبيل المثال).

تصنف هذه الأفكار بحيث تكون كل فئة منها تشتمل على مضمون واحد.

تصاغ معلومات مناقضة لها من حيث المحتوي (المعلومات الهدف) ويتم تسجيلها - إذا كان العرض تحت العتبة الادراكية سيتم على المجال السمعي - أو توضع على شرائح بطريقة لفظية أو مصورة إذا كان العرض سيتم على المجال البصري.

يتم تحديد مستوى إدخال المعلومات "الهدف" وذلك باستخدام معلومات حيادية ويتم تخفيض شدتها تدريجيا على أن يطلب من العميل تحديد ماهيتها عند كل مستوى تنخفض إليه، ويستمر هذا الإجراء إلى أن يقرر العميل عدم سماعه / أو رؤيته (تبعا للمجال الحسي المستخدم) أي منبه، وهذا يكون مستوي تحت العتبة الإدراكية الذي يتم إدخال المعلومات "الهدف" عليه.

يجب أن تكرر كل معلومة تحت العتبة الإدراكية عدد من المرات على المجال الحسي للعميل، لأن هذا التكرار قد يماثل ما يسمى التسميع الذاتي نظرية معالجة المعلومات Information Processing Theory والذي ييسر بدورة انتقال المعلومات إلى الذاكرة طويلة المدى

يجب ألا يزيد كم المعلومات المدخلة تحت العتبة الإدراكية في الجلسة الواحدة عن المعيار المحدد في نظرية معالجة المعلومات لسعة الذاكرة (و هو ٧ ٢) معلومة.

ويفضل تدريب العميل على الاسترخاء (باستخدام تمارين جاكبسون المعروفة) وذلك في الجلسات الأولى التي يتم بها تحديد الأفكار غير المنطقية. ويطلب منه أن يقوم بممارسة تلك التمارين كواجب منزلي. وذلك لأن الاسترخاء يعمل على انخفاض الاستثارة اللحائية (لسيطرة الاستجابات الباراسمبثاوية) مما يسمح للإثارة الناتجة عن المثير - المعلومة - تحت العتبة الادراكية والتي تكون ضعيفة أن تؤثر وتتداخل مع المعلومات السابقة (المنطقية). وبالتالي لا يتم إدخال المعلومة "الهدف" إلا بعد أن يكون العميل في حالة استرخاء.

يفضل أن تكون الجلسات مكثفة وخاصة لكل فئة من المعلومات.

يفضل أن تكون الجلستان الأولي والثانية للحصول على المعلومات المطلوب معرفتها عن مشكلة العميل والأفكار غير المنطقية الموجودة لديه، ثم الجلسات من الثانية إلى السادسة تخصص للتدريب على الاسترخاء مع التأكد من المعلومات التي تم الحصول عليها، ثم بعد ذلك تعرض كل فئة من المعلومات بطريقة مكررة بين كل تكرار وآخر فترة راحة حوالي خمس دقائق ثم تكرر مرة أخري حتى تنتهي الجلسة وذلك في الثلاث جلسات التالية (تستغرق الجلسة من ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة).

يتم عرض المعلومات تحت العتبة الإدراكية – وفي حالة الاسترخاء – على مجال الشق الأيمن في المخ (أي على الأذن اليسرى / أو المجال البصري الأيسر) لتيسير تنظيمها مع المعلومات المخزن والمنظمة (المنطقية) بالجهاز العصبي تحت مستوى الوعي.

يتم نفس إجراء عرض المعلومات تحت العتبة الإدراكية لكل فئة من المعلومات المنطقية.

وعند استخدام تكنيك تعديل السلوك بمعلومات تحت العتبة الادراكية يجب مراعاة الشروط التالية:

العرض المتكرر للمعلومة العلاجية – تحت العتبة الادراكية – حيث أن هذا التكرار قد يماثل تأثير ما يسمى التسميع الذاتي في منحى معالجة المعلومات.

يجب إدخال المعلومات – خاصة إذا كانت لفظية على الشق المسيطر في المخ حتى يحدث لها معالجة جيدة.

يجب ألا يزيد عدد المعلومات المستخدمة عن عدد سعة الذاكرة قصيرة المدى ليزيد ذلك من احتمالية مرورها إلى الذاكرة طويلة المدى وتفاعلها مع المعلومات المخزنة بها.

ولذلك يجب أن تكون المعلومات المدخلة تحت العتبة الادراكية متسقة مع معلومات سابقة تم تخزينها في الهز العصبي (الذاكرة طويلة المدى).

يفضل إدخال المعلومات تحت العتبة الادراكية أثناء حالة من الاسترخاء حتى يسهل تفاعلها مع المعلومات المتسقة معا والمخزنة سابقاً.

وقد انتهت الكاتبة (١٩٨٩؛ ١٩٩٤) باستخدام الإجراء السابق على المجال السمعي إلى تعديل شدة ضلالات الفصام البارانويدي، وقد تم تفسير ذلك بأن الفصاميون يتميزون باستيعاب مفرط ناتج عن ضعف في ميكانزم الترشيح بالجهاز العصبي لذا تصل المعلومات مباشرة إلى الذاكرة طويلة المدى. أي أن الفصاميون عموما لديهم خلل وظيفي في عملية الإدخال الحسي – كما يقرر ديكز وماكفي والذي يحيله أودز Oades إلى خلل بميكانزم الترشيح الذي لا يؤدى وظيفته في تحديد المعلومات بقناة حسية واحدة،و ييسر ذلك أيضا حالة الاسترخاء التي يكون بها العميل. وهذه النتيجة أيضا قد ترجع إلى ما قرره كوكس وليفنثال Cox & Leventhal من أن مرضى الفصام البارانويدي يتميزون بمعدل مرتفع من معالجة المعلومات.

المراجع

١- ابراهيم، عبد الستار (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

٢- إسماعيل، أحمد (١٩٩٢). إمكانية استخدام التذوق الفني كأسلوب علاجي مع مقارنته بأساليب علاجية أخرى في علاج بعض الاضطرابات النفسية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.

٣- خليل، إلهام (١٩٨٩). دور إدخال المعلومات تحت العتبة الإدراكية في إصدار استجابات مرغوبة لدى المرضى الفصاميين. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.

٤- خليل، إلهام (١٩٩٤). تباين أثر المعلومات المدخلة تحت العتبة الإدراكية على شدة الأعراض العصابية والفصامية بتباين نظام الاستثارة المسيطر. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.

٥- مليكه، لويس (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم.

6- Beck, A. (1985). Cognitive therapy. In: H. J. Kaplan & B J. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams & Wilkins.

7- Bellack, A. S. & Hersen, M. (1985). Dictionary of behavior therapy techniques. New York: Pergamon Press.

8- Bootzin, R. (1985). affect and cognition in behavior therapy. In: S. Reiss & R. Bootzin. Theoretical Issues in Behavior Therapy. Orlando: Academic Press, Inc.

9- Dixon, N. F. (1971). Subliminal perception : The nature of controversy. London: McGraw-Hill.

10- Franks, C. M. & Abrams, D. B. (1980). Behavior therapy. In: A. E. Kazdin; A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), New Perspectives in Abnormal Psychology. Oxford: oxford University Press, Inc.

11- Hartley, D. & Strupp, H. (1980). Verbal psychotherapies. In: A. E. Kazdin; A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), New Perspectives in Abnormal Psychology. Oxford: oxford University Press, Inc.

12-

Expressive And Performance Behavior
the 55th Annual Convention, International Council of Psychologists, July 14-18, 1997, Graze, Austria.

13- Kihlstrom, J. F.; Barnhardt, T. M. & Tataryn, D. J. (1992). Implicit perception. In: R. F. Bornstein & T. S. Pittman (Eds.), Perception without awareness: Cognitive, clinical, and social perspective. New York: The Guilford Press.

14- Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (2), 202-204.

15- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs in clinical practice. In: P. Kandall (E), Advances in Cognitive Behavior Research and Therapy, vol. 4. Orlando: Academic Press.

16- Price, R. & Lynn, S. (1981). Abnormal psychology in the human context. USA: The Dorsey Press.

17- Rachman, S. J. & Wilson, G. T. (1980). The effects of psychological therapy. 2nd Ed., New York: Pergamon Press Ltd.

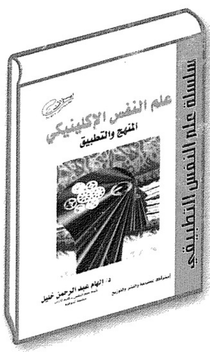
18- Silverman, L. H.; Ross, D. L.; Adler, J. M. & Lustig, D. A. (1978). Simple research paradigm for demonstrating subliminal psychodynamic activation: Effects of oedipal stimuli on Dartt-throwing accuracy in college males. Journal of Abnormal Psychology, 87, 341-357.

19- Sutherland, S. (1989). Dictionary of psychology. London: Macmillan Press Ltd.

20- Young, J. E.; Beck, A. T. & Weinberger, A. (1993). Depression. In: D. H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. 2nd ed. New Yourk: The Guilford Press.

محتويات الكتاب

مطابع الدار الهندسية/القاهرة
تليفون/فاكس : (٢٠٢) ٥٤٠٢٥٩٨



صدر أيضًا للناشر
في مجال علم النفس

◎ ركائز البناء النفسي	أ.د. حمدي الفرماوي
◎ مدير المدرسة ودوره في تطوير التعليم	أ.د. عبد الله شحاتة
◎ خلافات المسلمين - رؤية نفسية	أ.د. عبد المنعم شحاتة
◎ أنا والآخر "سيكولوجية العلاقات المتبادلة"	أ.د. عبد المنعم شحاتة
◎ من تطبيقات علم النفس	أ.د. عبد المنعم شحاتة
◎ نموذج مستقبلي لمنهج التربية المدنية في المدرسة الثانوية	د. عزة فتحي علي
◎ اكتشف شخصيتك وتعرف على مهاراتك في الحياة والعمل والقيادة	أ.د. مدحت أبو النص
◎ المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي (دليلك لاكتشاف شخصيتك وشخصيات الآخرين)	د. نبيل صالح سفيان
◎ تأهيل ورعاية متحدي الإعاقة (علاقة المعاق بالأسرة والمجتمع من منظور الوقاية والعلاج)	أ.د. مدحت أبو النص
◎ علم النفس الاجتماعي المعاصر	أ.د. عبد الحليم محمو
◎ من الدراسات النفسية في التراث العربي الإسلامي	أ.د. نبيه إبراهيم إسـ
◎ عوامل الصحة النفسية السليمة	أ.د. نبيه إبراهيم إسـ
◎ نهاية العلم (فلسفة البحث في العلوم الطبيعية والاجتماع تربوية)	محمد كتش

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع
١٣ ش حسين كامل سليم - شقة (٢) - ألماظة - مصر الجديدة - القاهرة
ت : ٤١٧٢٧٤٩ - فاكس : ٤١٧٢٧٤٩ - ص.ب : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب - رمز بريدى ١١٧٧١